

ACTUALIZACIÓN EN NEUROCIENCIA Y SALUD

Nº 17 - Agosto 2012 - Revista Trimestral

Distribución Gratuita sin Valor Comercial



- Efectos de la Poda Sináptica en la adolescencia
- Masculinidades y Salud Mental
- Don Mundos
- Trastornos del deseo sexual en el hombre
- Difusión cognitiva y social en el trastorno Bipolar

Neuryl[®]

EL COMPRIMIDO INTELIGENTE

FLEXIDOSIS ES:



COMODIDAD
ECONOMÍA
EXACTITUD



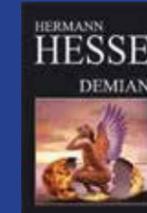
INDICE

Efectos de la Poda Sináptica en la adolescencia
4 - 7



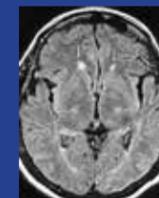
Masculinidades y Salud Mental
8 - 9

Dos Mundos
10 - 17



Trastornos del deseo sexual en el hombre
18 - 26

Difusión cognitiva y social en el trastorno Bipolar
28 - 34



Editor

Dr. Sergio Zamora Delgado

Médico Psiquiatra

Centro de Salud Mental Integrado.

Diseño y diagramación

Publicidad y Diseño Sobrevuelo Ltda.

INTRODUCCIÓN

El ser humano evolucionado dispone de una corteza prefrontal que lo hace más inteligente, creativo y conciente de sí y su mundo circundante, pero también lo hace más vulnerable a la enfermedad mental. Es en la adolescencia donde los cambios neuro-estructurales de esta corteza prefrontal, lo que se conoce como la poda sináptica, así como facilita que el joven inestable se convierta en adulto maduro, también explicaría muchos de los trastornos emocionales y conductuales del adolescente en desarrollo. Como dice la autora del artículo, la neuropsicóloga Tatiane Campos, “la poda sináptica podría desactivar al individuo, y a veces desencadenar alguna enfermedad mental”.

María Teresa Mujica, en su artículo Dos Mundos, con una mirada jungiana, analiza la novela “Demian” de Herman Hess, relacionando el crecimiento y desarrollo psicosexual de su personaje Emil Sinclair, desde la infancia a la adultez temprana, con todos sus matices y dificultades. Un proceso de formación y maduración, y de individuación que culmina en la integración de dos mundos: lo luminoso y lo oscuro.

El varón en nuestra cultura patriarcal, en la cual al hombre mantiene ciertos estereotipos de masculinidad, y en la cual le cuesta reconocerse y expresarse como ser emocional, tiene una manera propia de enfermarse. Como lo señala la Dra. Susana Cubillos, autora del artículo, “el varón construido en la estructura social patriarcal se constituye en un factor de riesgo de daño hacia la mujer, entre los mismos hombres y para el mismo”. Por ello nos dice, se hace necesario entender y reconocer estas características y dificultades en el varón para prevenir o desarrollar programas que traten su principal problema: la violencia.

Y este mismo hombre enfrentado en una sociedad competitiva, consumista e individualista, cada vez está teniendo más dificultades en la expresión y satisfacción de su sexualidad. Cada vez vemos más en la clínica mujeres que se quejan de sus parejas por su falta de deseo sexual, incluso, en hombres de mediana edad, ya que es esperable que en adultos mayores, con la andropausia entre medio, puedan tener una sexualidad más debilitada e infrecuente. En una interesante revisión se discuten las razones que llevan al hombre a perder su deseo sexual, y también las diversas maneras de tratarlas.

Las enfermedades del ánimo, específicamente el trastorno bipolar, puede llegar a tener un gran impacto en la calidad de vida del que la padece, más aún si su enfermedad afecta sus capacidades cognitivas y su funcionalidad social y laboral. En una actualizada revisión se da cuenta del impacto que tiene la enfermedad bipolar en la memoria verbal, atención y funciones ejecutivas, incluso, en estados de eutimia. Además, también afecta la cognición social, es decir, el procesamiento emocional, las capacidades de mentalización y empatía. Por ello, se hace fundamental, además de la terapia farmacológica, las intervenciones psicoeducativas y de rehabilitación cognitiva.

EFFECTOS DE LA PODA SINÁPTICA EN LA ADOLESCENCIA

“UN ENTENDIMIENTO NEUROBIOLÓGICO HACIA LA CONDUCTA ADOLESCENTE”

Tatiane Campos Rego
Neuropsicóloga
 Centro de Salud Mental Integrado
 e Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición que comienza con la pubertad entre los 11-13 años y que se extiende hasta los 18-21 años.

En la actualidad los autores dividen esta etapa de la adolescencia en sub etapas que consiste en un curso lineal que va desde la sub etapa “de latencia” a “adolescencia temprana” a “adolescencia tardía o prolongada”. Esta última fue denominada por A. Aberastury, P. Bloss y otros.”

Esta manera de clasificación se debe a que no podemos comparar los cambios de un púber de 12 años con un joven de 20 años. El salto cuantitativo y cualitativo es tremendamente alto como para situarlos en una misma brecha.

La llamada Madurez emocional y conductual que deberá alcanzar el adolescente le permitirá estar preparado para comportarse como una persona responsable en el mundo de los adultos. Sin embargo, deberá el niño/adolescente cruzar una serie de situaciones que suelen ser realmente agresivas para obtener cambios duraderos y positivos. (Aberastury, 1989).

Asimismo, hay factores involucrados en estos cambios, dentro de los cuales podemos mencionar los factores sociales, culturales, ambientales, y neurobiológicos.



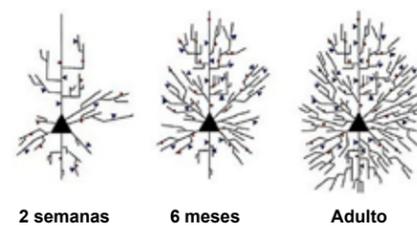
El presente artículo pretenderá explicar desde una visión neurobiológica la causa de los desajustes conductuales y emocionales del adolescente. Pues centenares de libros de autoayuda han tratado de buscar una explicación y sobre todo una búsqueda de solución frente a este periodo crítico que en su momento parece una eternidad para los padres.

Palabras claves: *Adolescencia, periodo crítico, poda sináptica, neurogénesis, corteza prefrontal, conductas de riesgos.*

El cerebro adolescente:

El cerebro es un órgano que continúa su desarrollo aún después del nacimiento. Existe una secuencia natural de eventos tanto morfológicos como

bioquímicos que ocurren a lo largo de la vida.



Los ocurridos durante la niñez y adolescencia, son uno de los más significativos. La dendrogenesis, y axogenesis en el infante ayudan al incremento y al volumen cerebral hasta los cuatro años aproximadamente, así como la sinaptogenesis (exceso de conexiones sinápticas), la estabilidad y la poda sináptica continúan a lo largo de varios años durante el desarrollo ontogénico (Evrard y colds, 1992).

La poda sináptica, o nuevo ensamble neuro-estructural es un proceso regulador neurológico, que facilita un cambio productivo en las estructura de los nervios reduciendo el número total overproduced o “débil” neuronas en configuraciones sinápticas más eficientes. Es a menudo un sinónimo usado para describir la maduración del comportamiento y de la inteligencia cognoscitiva. (Abitz, Damgaard y otros 2007).

El propósito de la poda sináptica es eliminar las estructuras neuronales innecesarias del cerebro aumentando la superficie para la recepción de los neurotransmisores. (Chechik, y colds 1999).

El periodo de la poda se extiende desde justo antes del nacimiento hasta la adolescencia y se caracteriza por reducir en un 30% -40% de las sinapsis.

Un estudio de la Universidad de Yale (E.E.U.U., 2011) publicado en la revista Neuroscience sugiere que cuando la creación de nuevas neuronas se ve interrumpida en la adolescencia, los individuos se vuelven profundamente antisociales al alcanzar la edad adulta. Sin embargo, si el mismo proceso neuronal se interrumpe en adultos, no se observan cambios de comportamiento.

Funciones del lóbulo frontal y su importancia en la adquisición de habilidades maduras:

Relative size of the prefrontal in primate: cytoarchitecture vs. MRI proxy

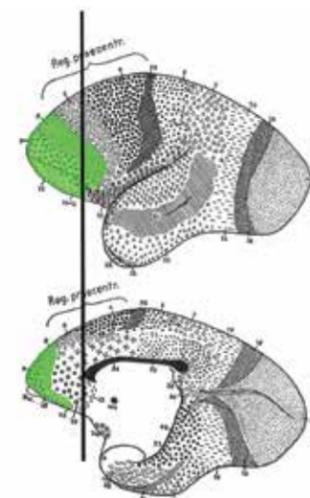


Fig. 33 und 34. Rindenfelderung des Krallennaffen (Hapale jacchus). 2:1. Reg. praecentralis = Feld 4+6. Reg. frontalis = Feld 8-12.

Marmoset (monkey)
7 grams

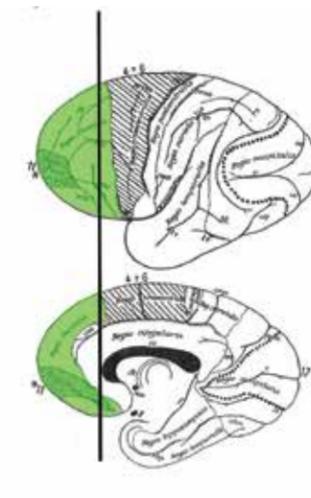
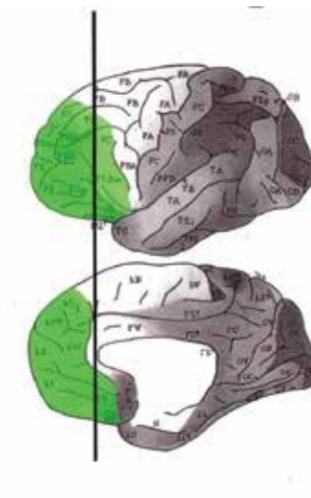


Fig. 44 und 45. Adgrenzung der Regio praecentralis frontalis beim Gibbon auf Grund der Myeloarchitektonik nach Mauss. Das punktierte Feld 11* ist propeunitosträr und entspricht nicht der Regio infrafrontalis (F.) des Menschen. (Schematisch.)

Gibbon (ape)
100 grams



CORTICAL AREAS OF THE CHIMPANZEE (See page 69)

Chimpanzee (ape)
400 grams

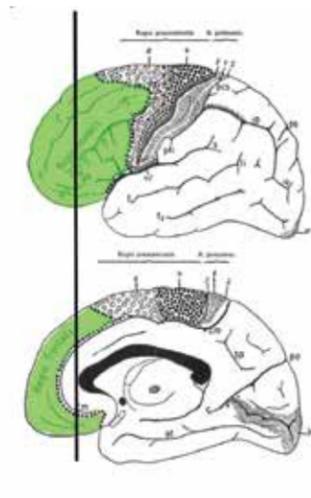


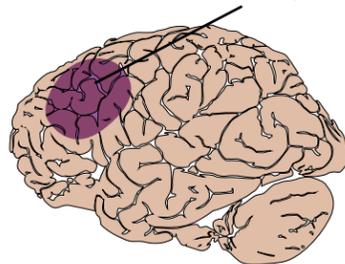
Fig. 49 und 50. Laterale und mediale Ansicht der Hemisphäre des Menschen (Schema). Verhältnis der Regio praecentralis (4+6) zur Regio frontalis. Innerhalb der letzteren ist die Subregio infrafrontalis nach meinen früheren Arbeiten als umfangreicher Windungszug besonders abgegrenzt (F.), Feld 17 oder die Area striata liegt fast ganz auf der Medialfläche. - Vgl. Fig. 51 u. 52.

Human
1350 grams

Green area represents prefrontal defined cytoarchitecturally; vertical lines mark the most anterior point on the corpus callosum (MRI proxy demarkation uses all tissue anterior to this line); Marmoset, Gibbon, Human: Brodmann 1912; Chimpanzee: Bailey et al. 1950

Los lóbulos frontales (LF) participan del control de nuestras emociones, de nuestra conducta y de nuestra personalidad. Comprenden entre un 25% y un 30% de nuestro cerebro (Stuss & Benson, 1986, Rademacher et al., 1992; en Stuss & Knight 2002) y están involucrados en muchas de las funciones que nos caracterizan y nos especifican como seres humanos (Stuss & Levine, 2002), como se observa en esta imagen de "relative size of the prefrontal in primate", poseemos unos (LF) sumamente desarrollados en relación a otras especies. Sin embargo, este desarrollo ocurre de manera lenta, dado que la densidad neuronal de estos (LF) alcanza niveles similares a los de un adulto recién a los siete años de edad, no siendo así por ejemplo en la corteza visual, cuya estructura alcanza niveles similares de un adulto a los 5 meses de edad (Smith y colds, 1992).

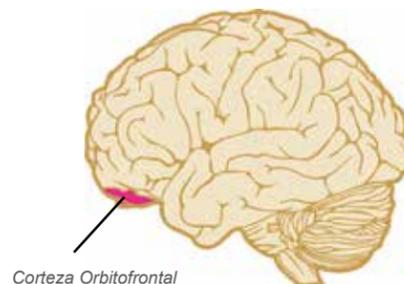
Corteza dorsolateral prefrontal



Una de las áreas más importantes de los (LF) es la corteza pre-frontal (CPF) la cual se subdivide anatómicamente en dos regiones: El CPF dorsolateral (CPF DL) que es la encargada de las llamadas funciones ejecutivas, que comprenden un sin fin de funciones, tales como, la memoria de trabajo, atención selectiva, planificación, seriación, monitoreo, y flexibilidad cognitiva (Stuss y Alexander, 2000; Tirapu-Ustároz et al, 2008a). Las lesiones en esta corteza pueden ocasionar déficit cognitivos, tales como: dificultades en razonamiento

abstracto, resolución de problemas, planificación, formación de conceptos, aprendizaje, atención, resolución de problemas, metacognición, y cognición social, entre otras (Grafman, 1994, Grafman, Holyoak y Boller, 1995; Allegri y Harris, 2001).

El CPF orbitofrontal (COF), está constituido a su vez por el polo frontal y el CPF ventral (CPFV). Lesiones (COF) conllevaría a conductas de desinhibición e inapropiadas, cambios emocionales bruscos, labilidad emocional, dificultades para responder a señales sociales y falta de conciencia de las consecuencias de sus propios actos. (Labos, Slachevsky, Fuentes y Manes 2008). Estudios realizados con monos se ha observado que lesiones en la zona (COF) dan lugar a respuestas inapropiadas en sus relaciones con otros monos y una variación en los niveles de agresividad (Rolls, 1986). Del mismo modo estudios en monos sugieren que la COF se desarrollaría más tempranamente en machos debido al incremento de la testosterona. En humanos, las lesiones en la corteza orbital están relacionadas con la presencia de alteraciones psicopatológicas.



Corteza Orbitofrontal

Asimismo estudios científicos certifican que esta área se desarrollaría primero que la (CPF DL), pues se cree que habría una necesidad del control conductual y afectivo que son requeridos en la infancia temprana, no siendo así las funciones más compleja que mediatiza la (CPF DL) (Fuster, 2002).

Finalmente podemos decir que estas estructuras maduran considerablemente durante el final de la adolescencia y al principio de la edad adulta, lo que posiblemente permitiría el ajuste conductual del joven (Pribram, 1997; Sowell, Thompson, Holmes, Jernigan y Toga, 1999). La resolución de la adolescencia puede prolongarse por condiciones psíquicas o por condiciones sociales. (Aberastury, 1989).

Implicancias de la Poda sináptica en la adolescencia:

Sin embargo, antes que ocurra la maduración de las áreas mencionadas anteriormente, el adolescente atravesará un periodo crítico en su desarrollo, caracterizado por descontrol de impulsos, desajuste conductuales, y déficit cognitivos que pueden conllevar a conductas riesgosas innecesarias, impulsivas y violentas, tales como: *consumo de alcohol y droga, ideación suicida o suicidio, homicidio, accidentes, embarazo precoz, deserción escolar y la disrupción familiar.*

Se sugiere a los padres que mantengan una relación de amistad con sus hijos, siendo éstos capaces de forjar vínculos afectivos mediante el interés por sus gustos y actividades extraprogramáticas, así como mantener una comunicación fluida de confianza sin ultrapasarse la privacidad y sus ideales.



Se sugiere también en momentos de crisis saber realizar consensos y explicar de manera didáctica que todo acto tiene consecuencias y que muchas veces estos pueden llegar a ser irrevocables.

Mantener las reglas y límites es muy importante, sin embargo, se recomienda hacerlo de manera cautelosa, dado que ellos no toleran la autoridad. Lo ideal es que no relacionen la desobediencia con el castigo, sino que hacerles entender que las conductas inapropiadas lo pueden llevar a situaciones de riesgos.

Del mismo modo, hay que estar alerta frente a los cambios de humor, conducta y sobre todo a sus cambios fisiológicos, saber distinguir cuando estos son parte de la etapa propiamente tal, o de una disrupción que requiere de tratamiento.

Esto se resume a que los padres deberían dedicarles más tiempo a sus hijos. Actualmente las familias están más disgregadas y desligadas que nunca. ¿Será este un factor que po-

tencie las conductas riesgosas de los adolescentes?, ¿Se sentirán ellos menospreciados y menos importante y merecedores de su tiempo?, ¿Será esta una manera de llamar la atención y lograr obtener un poco de cariños y contención por parte de las figuras paternas?.

Sabemos que antiguamente las familias se caracterizaban por largas reuniones y tertulias familiares, donde se solía hacer las refecciones en conjuntos, había momentos para compartir, todos se sentaban en el living a ver el mismo programa televisivo, pues había una sola tele. Los hermanos compartían las mismas habitaciones, etcétera...

¿Cómo lo vemos eso hoy en día?... Cada uno por su lado, almuerzan todos por separado, la madre está más ausente, los adolescentes están al cuidado de otras figuras y una lista innumerable de factores que pueden estar incidiendo en las conductas adolescentes.

Cabe mencionar que con el avance de la tecnología y el surgimiento del Internet se ha potenciado conductas de introversión y aislamiento por parte del adolescente, su casa es su pieza, un mundo totalmente solitario

y desconocido por muchos de sus padres.

En fin, retomando el tema anterior, la (COF) madura al final de la adolescencia, por ende, antes de este proceso, el adolescente carece de raciocinio consecuente, sus pensamientos se ven teñidos por una explosión de emociones primarias o instintivas. Mostrándose incomprendido por la sociedad, pues sus ideas no concuerdan con las normas y reglas sociales.

Lamentablemente deberán esperar que el circuito social madure, convirtiéndolo en un hombre/mujer reflexivo, responsable, empático, consecuente e independiente.

Se puede concluir que en el mejor de los casos, esta reorganización conduce a una red sináptica estable haciendo que el joven inestable se convierta en un adulto maduro. Sin embargo, esto no siempre ocurre, pues la poda sináptica podría desactivar al individuo, y a veces desencadenar alguna enfermedad mental como la esquizofrenia, por ello, el presente artículo pretende que los padres conozcan estas variables y que de cierta manera logren prevenir daños mayores e irremediables en muchos de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel, M. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires. Paidós, 1989.

Abitz, Damgaard y otros. (2007) El exceso de neuronas en el tálamo mediodorsal recién nacido humano comparó con el del adulto, Diarios de Oxford, Oxford.

Aberastury, Arminda; Knobel, Mauricio Título: La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico P. imprenta: Buenos Aires. 1997. 163 p.. Descriptores: ADOLESCENCIA; PSICOLOGIA.

Blos, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. México. Ed. Joaquín Mortiz S.A., 1971.

Chechik, Galón; Meilijson, Isaac y Ruppín, Eytan. (1999). Regulación neuronal: un mecanismo para la poda sináptica durante la maduración del cerebro. Israel: Diarios de Stanford (Cómputo de los nervios en línea, prensa del MIT).

Evrard, P.M; N. Bonnier & Gressens, P. (1992) Normal and Abnormal development of the brain. E.F. Boller e J. Grafman (eds) Hand book of neuropsychology. Amsterdam.

(Fuster, 2002) en Flores J. (2006). Neuropsicología de los lóbulos frontales. Universidad de Juárez autónoma Tabasco. Mexico.

Grafman, J., Holyoak, K., Boller, F. (1995). Structure and functions of the human prefrontal cortex. New York: New York Academy Sciences; Vol. 769.

Labos E, Slachevsky A; Fuentes P; Manes (2008); "Tratados de neuropsicología clínica". Akadia.

Pribram, 1997; Sowell, Thompson, Holmes, Jernigan y Toga, (1999).

Rolls, E. T. (1986). Neural systems involved in emotion in primates. En Plutchik, R.

Stuss, D. T., Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. Psychological Research; 63: 289-298.

Stuss, D. & Levine, B. (2002); "Adult Clinical Neuropsychology: Lessons from Studies of the Frontal Lobes"; Annu.Rev. Psychol., 53: 401 – 433.

(Stuss & Benson, 1986, Rademacher et al., 1992; en Stuss & Knight 2002).

(Smith y colds, 1992). En Flores J. (2006). Neuropsicología de los lóbulos frontales. Universidad de Juárez autónoma Tabasco. Mexico.

Passing the knife edge in adolescence: Brain pruning and specification of individual lines of development Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 35, Issue 8, August 2011, Pages 1631-1633 Giovanni LaViola, Eva M. Marco.

MASCULINIDADES Y SALUD MENTAL

¿DE QUÉ SE ENFERMAN LOS VARONES? ¿CÓMO INFLUYE EL GÉNERO EN LA GÉNESIS DE PATOLOGÍA?

Dra. Susana Cubillos
Médico Psiquiatra CSMI

El naciente interés por la salud mental de los varones viene de la mano de tres instancias:

1. El desarrollo de nuevos paradigmas en los modos de generar conocimiento desde las mujeres asumidas como sujetos del saber, quienes desafían las teorías dominantes existentes sobre la psicología masculina y femenina, aplicando una perspectiva crítica de la relación de poder entre los géneros.

2. El cambio epocal económico y tecnológico con modificaciones en la circulación del deseo y del dinero que impacta los estereotipos de roles de género. Varones y mujeres amplían sus deseos, gestualidades, intereses vocacionales, afectivos y sexuales, resquebrajando las tradicionales jerarquías masculinas y generando un cambio de mentalidades sociales.

3. La identificación de estigmas asociados a la construcción cultural de la masculinidad tradicional y hegemónica, que son obstáculos para el avance en el desarrollo de sociedades humanizadas con logros en dimensiones de paz, equidad y justicia social, especialmente en áreas de salud reproductiva, sexual y el derecho a una vida sin violencia. Las políticas públicas emanadas del Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, buscan involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en la prevención de la violencia doméstica¹.

De acuerdo a Bonino el riesgo de primer nivel en salud es el adscribir fielmente al modelo tradicional de masculinidad hegemónica y no el solo hecho de nacer de sexo varón.² De Keijzer, siguiendo los estudios de Kauffman³ en violencia masculina, señala que el varón construido en la estructura social patriarcal más apegado al estereotipo de tal virilidad, se constituye en un factor de riesgo de daño en al menos tres sentidos:

- Hacia la mujer, a niñas y niños: a través de los diversos tipos de violencia y abuso, de la fecundidad impuesta y la paternidad ausente.

- Entre hombres: por medio de accidentes, homicidios y lesiones.

- Para el hombre mismo: mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas, incluidas diversas formas de descuido del cuerpo.

Garduño⁴ enfatiza las grandes diferencias existentes en las muertes violentas por género al conjuntar homicidios, accidentes y suicidios, encontrándose con unas tasas de 6 a casi 9 veces mayores (dependiendo del grupo de edad) en hombres que en mujeres en el contexto mexicano. A conclusiones semejantes llegan estudios realizados en España y Australia.

Tanto la ausencia del varón en los servicios de salud mental, como su invisibilidad en estudios clínicos, tiene que ver con las maneras como



se construye la identidad de género masculina, con la estructura de la ciencia médica, los servicios de salud y el lugar de los varones dentro de ese espacio. Se agrega el fuerte tabú social que opera sobre la psiquiatría como el espacio propio de la "locura" o pérdida de la razón, o cuanto menos al espacio de las emociones, algo impropio de los varones.

La identidad masculina sostenida en principios de invulnerabilidad, "a los varones nunca les pasa nada"; valentía, con la búsqueda de riesgo como un valor cultural reforzado por los medios de comunicación, la creencia de que la "sexualidad de los hombres es instintiva y, por lo tanto, no es controlada" y de poco serviría tratar de normalarla, encausarla o de socializar a los varones en conductas preventivas a través de los servicios de salud, da cuenta de las cifras y problemas

de salud pública señalados anteriormente.

De Keijzer, en diez años de trabajo como médico en masculinidad y salud ejemplifica la actitud de los hombres para con el cuidado de sí mismos: "hasta que el cuerpo aguante". Valdés y Olavarría concuerdan en estas dificultades que tienen los varones de verbalizar sus necesidades de salud: los hombres, en general, no hablan de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, propio de las mujeres. La imagen que tienen los hombres de los servicios de salud, según un estudio reciente, es que éstos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos. Y los varones consideran que no caen en ninguna de esas categorías, por lo tanto, les son ajenos.

Por otro lado, la construcción de la masculinidad no trata sólo de la generación de representaciones y prácticas, sino también de una serie de presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad, sobre todo relativas al miedo, la tristeza y, frecuentemente los afectos blandos como la ternura, requiriendo de estructuras caracterológicas rígidamente contenidas y/o desbordadas en adicciones, violencia, impulsividad y

torpeza afectiva con su consecuente impacto negativo en la reproducción, la sexualidad, las relaciones y economía familiar. Asistimos así a una suerte de cosecha tardía de problemas generados durante los procesos tempranos de socialización y cuya forma de abordar tiene distinciones generacionales e histórico locales, según lo plantea Victor Seidler quien tiene una mirada especialmente aguda en torno a estos conflictos en la emotividad en sujetos históricamente auto-considerados como razonables⁵.

El tema de la violencia es uno de los centrales en la relación entre masculinidad y salud por las enormes consecuencias que tiene sobre la salud, tanto de hombres como mujeres. La perspectiva de la construcción social de la masculinidad ofrece nuevas interpretaciones de este fenómeno, construidas a partir de las expectativas de autoridad y de servicio por parte de las mujeres y de los mecanismos, tanto groseros como sutiles del poder masculino en el ámbito doméstico. Se ha comunicado una llamativa reciente proliferación de programas y modelos que utilizan diversas estrategias para detener la violencia con hombres que se acercan voluntariamente u hombres reenviados por los servicios de justicia.

Especial atención merece el trabajo de Barrer (2000) citado por De Keijzer, quien ha usado el paradigma de la resiliencia para tratar de comprender las razones por las cuales emergen hombres jóvenes no violentos de contextos violentos, tanto en los EU como en Brasil. La resiliencia resulta un eje valioso para entender los factores y procesos que, en contextos de extrema pobreza y violencia, hacen que emerja una proporción de jóvenes tendientes a la equidad de género y a la resolución no violenta de conflictos.

Por todo lo señalado es que realizar una acción clínica efectiva a un varón consultante en el actual contexto de cambio epocal, donde las transformaciones en las relaciones entre los géneros es central, resulta un desafío que se aborda a partir de la problematización teórica de la práctica con ellos. Generar conocimiento acerca del estado de la subjetividad de los varones en el actual contexto no es solo de máximo interés, sino una urgente necesidad, entre otras cosas para, como dice Teresita de Barbieri, hablar con propiedad de una verdadera teoría, tanto identitaria como sistémica y relacional⁶.



BIBLIOGRAFÍA

1. Olavarría, José. "Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista". Trabajo., Sociedad y Desarrollo Sostenible. 1995. Anuario Social y Político de América Latina y El Caribe - Año 6 - 2003.

2. Bonino, Luis. "Masculinidad, salud y el sistema sanitario. El caso de la violencia masculina". Artículo publicado en 2002 en "Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa". Instituto de la Mujer/España. OMS, y actualizado en Ruiz Jarobo, C y

Blanco, P. (Comp.)(2004). La Violencia contra las Mujeres. Detección y Prevención. Díaz de Santos.

3. Kaufman, M. La Trame Conyugale. Analyse du couple par son linge, Paris: Editions Nathan, 1992. "el patriarcado existe no sólo como un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres, sino de jerarquías de poder entre distintos grupos de hombres y también entre diferentes masculinidades".

4. Garduño, Ma. de los Ángeles. "Determinación genérica de la mortalidad masculina". En Salud problema. México, 2001.

5. Seidler, V. Identidades, familia y poder. La Ventana N°22, 2005.

6. De Barbieri, Teresita (1992). "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica". En Fin de siglo: género y cambio civilizatorio. Ediciones de las Mujeres, 17. Santiago, Chile: Isis Internacional.

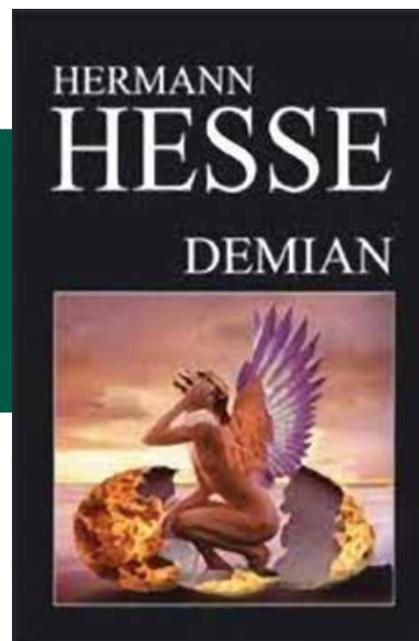
DOS MUNDOS

María Teresa Mujica González
Psicoterapeuta de pareja y familia
CSMI

INTRODUCCIÓN:

El objetivo de este escrito, será relacionar la novela Demian de Hermann Hess, con el desarrollo psicosexual desde la infancia a la adultez temprana a través de una mirada junguiana.

Hermann Hess, escritor, premio Nobel, de origen alemán nacionalizado suizo, escribió Demian en 1919, entre las dos guerras mundiales, luego de realizar una terapia analítica con el Dr. Lang entre los años 1916 y 1917, discípulo de Jung. Esta novela está definida como novela educativa por su estilo literario, cual es demostrar el crecimiento de su personaje, Emil Sinclair, con todas sus dificultades. Este proceso evolutivo puede simbolizar, también, el proceso de individuación independiente de la edad cronológica, es un proceso universal, que puede repetirse en distintos momentos de la vida. Surgen en la novela personajes que encarnan ideas y conceptos de la mirada analítica como serían la sombra, inconsciente colectivo, ánima - animus, Self.



DESARROLLO:

En la novela Demian, el personaje principal es Emil Sinclair, un joven que pertenece a una familia burguesa de la época, acomodada, conservadora, regida por los principios cristianos. Parte la historia con Sinclair de diez años, asistiendo a un colegio latino de su ciudad donde vive él y su familia. Avanza la novela en los distintos momentos significativos de su niñez y adolescencia, terminando cuando él tiene aproximadamente 25 años.

Un aspecto de la niñez está teñido por la seguridad, lo predecible, los padres y lo familiar se constituyen en aquellas estructuras sólidas, incuestionables: “el mundo conocido se llamaba padre y madre, amor y severidad, ejemplo y escuela. Sus atributos eran un suave resplandor, claridad y limpieza. Las palabras cariñosas, las manos lavadas, los vestidos limpios y las buenas costumbres tenían en él su centro... en este mundo había líneas rectas y cambios rectos que conducían al porvenir; había el deber y la culpa, el remordimiento y la confesión, el perdón y los buenos propósitos, el amor y la veneración, la palabra de la Biblia y la sabiduría”. Otro aspecto de la niñez es el mundo interno, de la fantasía y del peligro “en este segundo universo había criadas y aprendices, historias de aparecidos y rumores de escándalo; había una marea de cosas monstruosas, atrayentes, terribles y enigmáticas, cosas como el matadero y la cárcel, hombres borrachos y mujeres escandalosas, vacas que parían y caballos que resbalaban; relatos de robos, asesinatos y suicidios”.

Estos textos muestran la fuerza de dos mundos paralelos y opuestos donde el niño, Sinclair, debe transitar.

La naturaleza de estos dos mundos es excluyente y se sobreponen. Aparece un niño que pertenece al mundo “oscuro”, su nombre es Kromer, este personaje induce a Sinclair a robar, a mentir lo que lo lleva a tomar conciencia de la culpa y remordimientos. Es una puerta a partes del sí mismo, dolorosas e inaceptadas: su sombra. Lo aleja del mundo luminoso y seguro y lo hace ser partícipe de esa otra parte de sí mismo más tenebrosa, más dura que el debe poder vivir y aceptar.

“Encadenado a la aventura y al pecado, me amenazaba el enemigo y me esperaban los peligros, el terror y la vergüenza”- “Fue mi primera desgarradura en la santidad del padre; una pequeña grieta en los pilares sobre los que había reposado mi infancia y que todo hombre tiene que destruir antes de poder llegar a ser el mismo. De estos sucesos que nadie ve, se compone la línea esencial interna de nuestro destino. La desgarradura, la grieta, se cierra luego, cicatriza y cae en el olvido, pero en nuestra íntima cámara secreta perdura y continúa sangrando”.

“Por primera vez saboreé la muerte, la muerte que sabe amarga porque es nacimiento, porque es angustia y temor ante una terrible renovación”.

El relato de Sinclair, que muestra el paso de la niñez “inocente” y clara a una infancia donde existen los otros distintos, el mundo oscuro y peligroso, puede representar el surgimiento del yo, como una isla desde el inconsciente arquetípico, la desgarradura y el dolor de la pérdida de ese paraíso donde se vive en una participación mística con la totalidad. El abandono de ese mundo sería necesario para iniciar el proceso de crecimiento y desarrollo. Los padres y el mundo familiar son una representación de ese

paraíso del Dios padre. El niño debe salir de ese mundo protegido e iniciar su desarrollo, la entrada a la escolaridad implica una salida al mundo externo, un movimiento de extroversión donde el encuentro con otros amigos y sus familias, otros padres, otros mundos los saca de sus propios límites.

Deseo Al igual que Sinclair, Jung en su libro “Recuerdos, sueños, pensamientos” nos relata la relación que el mantenía entre la personalidad Uno y Dos. La Uno, sería su personalidad exterior, la segura, la fachada, atento, estudioso, hijo de su padre. La Dos es la vieja, escéptica, apartada de la sociedad, y la que cuestionaba la idea de Dios.

Durante este período Sinclair busca bajo cualquier pretexto quedarse al amparo de sus padres y no enfrentar a su “enemigo” Kromer. Se enferma, “Vomitaba con frecuencia y tenía frío todo el día”. “Mi estado durante aquella época fue una especie de locura. En medio de la ordenada paz de nuestra casa, vivía yo huracán y atormentado como un fantasma”.

Los sueños de Sinclair durante su encuentro con Kromer son aterradores y representan la fuerza de los arquetipos que se movilizan para iniciar el cambio: “Kromer afilaba un cuchillo y me lo ponía en la mano,... acechábamos a alguien y no sabía a quién,... vi que era mi padre” Este homicidio al padre representa otra muerte de la parte del padre buena, como otro aspecto de contactarse con la sombra.

En esta transición, aparece un nuevo guía: “Mi salvación de aquellos tormentos me llegó de una parte totalmente inesperada, y con ella entró en mi vida algo nuevo Se llamaba Max Demian”.

A través de la historia de Caín y Abel, Demian se presenta a Sinclair, con cuestionamientos nuevos que para él hasta entonces habían representado verdades incuestionables. Caín un hombre noble y Abel un cobarde. La marca de Caín una distinción. Todo esto parecía no tener ningún sentido para el niño, sin embargo, reconocía como él, habiendo sido una especie de Abel, y ahora hundiéndose profundamente en “lo otro”, llevaba la señal en su frente. Su perversidad y desgracia le hacían sentirse superior a su padre quien aparecía como un ser ingenuo y exclusivo del mundo luminoso, lejos de él. “Yo, que ya era Caín y llevaba la señal sobre mi frente, me había imaginado en aquel punto, que aquella marca no era un estigma de infamia, sino una distinción, y que mi perversidad y mi desgracia me hacían superior a mi padre, superior a los hombres buenos y piadosos”.

Demian, en este momento, representa el arquetipo del alma infantil que lo guía y lo salva de las fuerzas oscuras del sí mismo, le abre un espacio de conciencia a lo diferente poniendo en duda lo establecido en la imagen del padre, de lo racional, de lo aceptado y lo correcto.

“Soñé una vez más, que era violentado y maltratado; pero en lugar de Kromer era ahora Demian quién hundía sus rodillas en mi cuerpo. Ahora bien- y esto era completamente nuevo y hubo de causarme profunda impresión- todo lo que había sufrido de Kromer con angustioso tormento y viva repulsión, lo sufría de Demian con agrado y con un sentimiento mixto de júbilo y temor”. Aquí se nos muestra la inconsciente necesidad y aceptación de aquellas situaciones dolorosas que lo llevan a darse cuenta de que los cambios, el dolor y la conciencia que le produce De-

mian es positiva y constructiva. “Muchos se resistirán a creer que un niño de apenas once años pudiera sentir así... lo escribo para aquellos que conocen mejor al hombre...” “Adultos que transforman sus sentimientos en conceptos no pueden entender que un niño viva con esa profundidad los sentimientos. Dolor y angustia frente a la culpa que lo atormentan y llevan a encontrar en Demian una fuerza y una manera de actuar que lo hacen enfrentar el miedo: “Tienes que librarte de ese miedo si quieres llegar a ser alguna vez un hombre de verdad”.

Demian le hace ver a Sinclair que debía aceptar en sí mismo sus partes más violentas, oscuras y negativas y que podía vivir con ellas sin culpa, “...tienes que librarte de ese tipo. Si no hay otro remedio, mátales...volví a casa y me pareció que había faltado de ella un año. Todo había cambiado. Entre Kromer y yo se alzaba algo como un porvenir, algo como una esperanza.”

Luego de este episodio Sinclair, sin entender mucho “su ingratitud”, se aleja de Demian y vuelve a lo cómodo y amoroso de lo familiar. “Mi naturaleza procuró recobrar lo más rápidamente posible el equilibrio y la serenidad, y para conseguirlo se esforzó, sobre todo, en alejar de sí todo lo amenazador y todo lo repulsivo, olvidándolo. Toda la historia de mi culpa y de mis terrores escapó con maravillosa rapidez de mi memoria, sin dejar aparentemente en ella cicatrices ni huella alguna” Pareciera que los tiempos de conciencia están siendo medidos en relación a la capacidad del yo de poder tolerarlos. Se necesita tiempo y los instintos básicos de supervivencia psíquica buscan la tranquilidad y “reposo” para seguir luego en una siguiente etapa. “Retorné al paraíso perdido; al lumino-

so mundo parental...a la bondad de Abel, agradable a los ojos de Dios... Rescatado por una mano amiga, corrí ciegamente a refugiarme en el regazo de mi madre...me hice más niño, más pueril y más dependiente de lo que era”.

Al volver a los padres, Sinclair se aleja de Demian, aunque no desaparecía por completo de su horizonte, lo evitaba. Persiste en su memoria su imagen de alguien más maduro, lejano y enigmático. Recuerda como un día lo ve frente a la puerta de su casa pintando el viejo escudo tallado en ella: el escudo del pájaro.

En otro momento lo ve en la calle junto a un caballo herido, sangrante y sufriente, “Vi el rostro de Demian y vi que ya no solamente era el de un muchacho, sino el de un hombre; veo un algo más: creí ver o sentir que no tan solo era el rostro de un hombre, sino también algo distinto. Era como si en él hubiera también un rostro de mujer, y además por un momento, aquel rostro no me pareció ya viril o infantil, maduro o joven, sino, en cierto modo milenario; en cierto modo ajeno al tiempo, sellado por edades distintas de las que nosotros vivimos. Los animales podían presentar un aspecto semejante, o los árboles, o las estrellas. Yo no lo sabía. No sentí exactamente por entonces esto ahora que escribo.....no sabía si la figura de Demian me atraía o me repelía. Sólo ví que era distinto que nosotros, que era como un animal, o como un espíritu o como una pintura; pero distinto, inefablemente distinto a todos nosotros.”

Estas imágenes representan la fuerza numinosa del arquetipo del Self, el llamado de este arquetipo en la conciencia, lo universal, primitivo y eterno. Su encuentro lleva al niño a

PRODUCTO
BIOEQUIVALENTE

Calidad
Seguridad
Eficacia



Neopresol PIONERO EN BIOEQUIVALENCIA en Chile



sentirse atraído pero también lo asusta. Lo siente poderoso y peligroso. La imagen del pájaro tallado en la puerta simbolizaría la necesidad de volar, viajar, crecer, salir del nido. El caballo herido la representación de la muerte, dolor y sufrimiento en el proceso de crecimiento.



Podríamos ver en estos recuerdos el inicio del término de la niñez, se inicia el despertar sexual, el descubrimiento de esa fuerza primaria que lo lleva a sentir más claramente la división del mundo interno, lleno de fantasías, sintiendo la energía que busca expresarse y el mundo externo, regido por normas y deberes.

“Vinieron años en los que hube de descubrir de nuevo en mí un instinto primordial, que en el mundo luminoso y permitido tenía que disimularse y ocultarse. Como todos los hombres, vislumbré en el lento alborear del sentimiento del sexo, la aparición de un enemigo, de un elemento destructor, de algo prohibido, de la tentación y el pecado”.

“La niñez se derrumbó en torno mío. Mis padres me miraban con cierto

embarazo. Mis hermanas llegaron a serme extrañas. Una vaga desilusión fue debilitando y esfumando mis sentimientos y mis alegrías habituales; el jardín no tenía perfumes, el bosque no me atraía, el mundo se extendía alrededor de mí como un saldo de trastos viejos”

Paso a la adolescencia, momento de introspección, de mayor centración en el yo. El mundo deja de estar afuera, todo se vive desde la propia visión interna. Dolor, desconocimiento de sí mismo. Aparecen los cambios físicos, no reconocerse en esos cambios y temor a lo que llegará a ser.

Sinclair es enviado a un internado fuera de la ciudad, sale entonces del núcleo familiar y conoce otros mundos. Es retraído y tímido, se siente superior al resto como una forma de compensar su inseguridad. Conoce a un joven mayor que lo inicia en las salidas nocturnas a bares escudándose en las borracheras para salir de la nostalgia de sí mismo. Aparece la imagen de una mujer, joven y bella con quien él se cruza en el camino. Se enamora profundamente, sin haber cruzado nunca una palabra con ella. La nombra como Beatrice y por ella busca reencontrarse con la imagen de sí mismo, deja los bares y las correrías nocturnas, vuelve a poder estar solo y a su gusto por la lectura. En Beatrice ha encontrado a un ser que adora y le da un sentido a su existencia. Aparece un nuevo mundo luminoso que no era ya una fuga hacia el refugio materno, sino una servidumbre plena de responsabilidad hacia la imagen idealizada de esta joven. “La sexualidad bajo cuyo imperio sufría y de la cual huía con esfuerzo infinito, debía depurarse en este fuego y convertirse en devoción y espíritu”... “Erige mi altar con la imagen de Beatrice, y al consagrarme a

ella me consagré a los espíritus y a los dioses... mi fin no era el placer, sino la pureza: no la felicidad, sino la espiritualidad y la belleza”.

En este período aparecen los amores platónicos, fantasías y sublimaciones. Sería necesario buscar afuera esas imágenes idealizadas para proyectar “la mujer interna o el hombre interno” y poder compartir la fuerza de Eros a través de actos creativos como la poesía, la pintura, la música. Sinclair pinta a Beatrice, y la cara que aparece en la tela es parecida a Demian y a sí mismo. “Pero era lo que formaba mi vida, era mi interior, mi destino o mi demonio. Tal sería mi amigo si alguna vez volvía a encontrar a alguno. Así sería mi amante, si alguna vez la tenía. Así sería mi vida y así sería mi muerte. Así era el sonido y el ritmo de mi destino”

Para la realización del sí mismo, dice Jung, es imprescindible que el sujeto se de cuenta de su invisible sistema de relaciones con el inconsciente, o sea con el ánimo, para poder diferenciarse de ella. Y como la madre, es la primera portadora de la imagen anímica, la separación de ella es muy importante y delicada, de gran significación educadora. La princesa encantada, la meta final de este camino, representa el encuentro con ese arquetipo del ánimo diferenciado del sí mismo.

En este momento en que Sinclair enfrenta su soledad, enfrenta también los primeros destellos de una imagen femenina, que no posee forma determinada, y descubre que esta imagen femenina abarca incluso su propio ser. El ánimo es una personificación de todas las tendencias psicológicas femeninas en la psique de un hombre, tales como, vagos pensamientos y estados de humor, sospechas pro-

féticas, captación de lo irracional y relación con el inconsciente.

El ánimo como todos los arquetipos, presenta aspectos positivos y negativos. El autor despliega en Beatrice, la representación de un arquetipo del ánimo que lleva a Sinclair a valores interiores y, por lo tanto, hacia profundidades más hondas. No es ninguna casualidad, que a esta imagen se le llame Beatrice, quien en la Divina Comedia de Dante, hace de iniciadora y guía en el paraíso.

A través de esta proyección del ánimo se logra presentar la función positiva del arquetipo. Toma en serio los sentimientos, esperanzas y fantasías enviadas por el ánimo, fijándolas en la pintura y de esta manera surge entonces el material inconsciente. La contemplación de esta imagen como un ser real ayuda a que el proceso de individuación se realice en forma paulatina desplegándose en su verdadera profundidad.

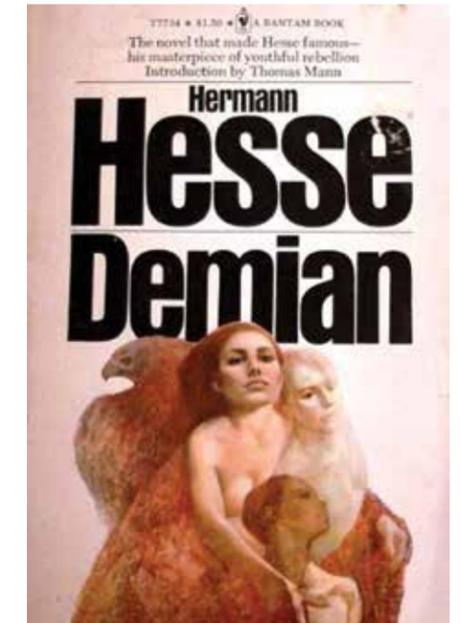
Vuelve el recuerdo de Demian y un sueño: “Al acostarme soñé con Demian y con el escudo de nuestra casa. Este cambiaba constantemente. Demian lo sostenía en sus manos y tan pronto aparecía pequeño y gris como grande y pintado de vivos colores; pero mi amigo me explicaba que, a pesar de todo, era uno y siempre el mismo. Por último, me obligaba a comérmelo, y de pronto sentía, con espanto indecible, que el pájaro heráldico adquiría vida en mí y comenzaba a devorarme las entrañas”... Después de este sueño, Sinclair decide dibujarlo: “el pájaro, un ave de rapiña, con cabeza de gavián, aguda y valiente, aparecía con medio cuerpo dentro de una oscura esfera terrestre, surgiendo de ella como de un huevo gigantesco sobre un fondo azul”



Sueño arquetípico que representa el nacimiento, el cambio, el origen de la vida. El pájaro en sus distintas formas y colores que al comérselo se introyecta constituyéndose una nueva representación del sí mismo. Los sueños significativos proceden del inconsciente colectivo. Muestra de ello son los sueños característicos del proceso de individuación en el que se incluyen los motivos mitológicos o mitologemas arquetípicos. Esta clase de sueños se producen en etapas decisivas de la vida, por ejemplo, en la pubertad, cuando se decide el destino, en la etapa central de la vida. Surgen en ellos mitologemas como el héroe, ciertos animales, la figura del viejo sabio y otras muchas cuestiones que no se encuentran en la vida diaria y que sugieren la realización de una parte de la personalidad que está a punto de surgir. Jung plantea en su libro “Realidad del alma” que el objetivo de la comprensión de los sueños es finalmente la asimilación progresiva del contenido inconsciente a la conciencia, asimilación que “significa la compenetración mutua de contenidos conscientes e inconscientes”.

Luego de este sueño, Demian le envía una carta a Sinclair diciendo: “El pájaro rompe el cascarón. El huevo es el mundo. El que quiere nacer tiene que romper un mundo. El pájaro vuela hacia Dios, el dios se llama

Abraxas”... “Abraxas sería una divinidad encargada de unir en sí lo divino y lo demoníaco”. Representación simbólica de la totalidad, la unión de los opuestos, algo que reúne en sí mismo el bien y el mal.



Junto con esta búsqueda de Abraxas, Sinclair tiene otro sueño donde al llegar a la casa paterna, ve la imagen del pájaro heráldico y una mujer muy similar a su madre y a la vez muy parecida a Demian que lo abraza tiernamente. Se siente muy atraído hacia ella pero también siente temor, como un “culto divino y también un delito”... “pero este enlace se hizo luego más estrecho e íntimo y comencé a sentir que precisamente en aquel sueño conjuraba a Abraxas. Delicia y espanto, hombre y mujer mezclado, lo más santo y lo más nefasto confundido, honda culpa palpitante bajo la más tierna inocencia; así era mi sueño de amor y así era Abraxas”.

Surge en este joven un nuevo sentimiento, “El amor no era un oscuro instinto animal, como en un principio

lo había yo sentido, ni era tampoco una piadosa adoración espiritual, como la que yo había consagrado a la imagen de Beatrice. Eran ambas cosas, ambas y muchas más; era ángel y demonio, hombre y mujer en uno, hombre y animal, sumo bien y profundo mal. Lo deseaba y lo temía; pero estaba siempre presente, siempre por encima de mí". Aquí se inicia el proceso de reconocimiento de las polaridades para luego tener una visión más madura y completa del amor y del mundo.

Sinclair está saliendo del colegio, 18 años, debe decidir su futuro, se siente perdido y "lo único fijo en mí era mi voz interior". En sus andanzas nocturnas conoce a Pistorius quien representa un guía, un maestro que lo lleva más profundamente al conocimiento y a la teoría. Era un estudioso de muchas materias, que centraba su mundo en el mundo de los otros. Tocaba el órgano y conocía el mundo de Abraxas. Después de un tiempo, el joven se da cuenta de que Pistorius no era suficiente, "...todo aquello era más curioso e interesante que realmente vital; me sonaba a erudición, a fatigada rebusca bajo las ruinas de un mundo pasado, y, de repente, sentí una gran repugnancia contra toda esta actitud espiritual, contra este culto a las mitologías y este mosaico de viejas doctrinas religiosas". Necesita encontrar su propio mundo, su propia naturaleza. Debe abandonar al guía y buscar su propio camino. "un impulso hacia lo incierto, quizás hacia lo nuevo, quizás hacia nada, y mi oficio era dejar actuar ese impulso, nacido en las profundidades primordiales, sentir en mí su voluntad y hacerlo mío por entero".

Escribe una nota desesperado: "Un guía me ha abandonado. Ando en las tinieblas, solo, no puedo dar un paso.

Auxíliame" Va en busca de Demian y encuentra una fotografía de su madre, Eva: "Era ella, la imagen de mis sueños, la arrogante figura de mujer, casi masculina, parecida a su hijo, con rasgos maternos, rasgos de severidad, rasgos de honda pasión, bella y atractiva, bella e inasequible, demonio y madre, destino y amante... me estremecí había una mujer que llevaba los rasgos de mi destino... y era la madre de Demian".

Eva, la mujer alquimia, la madre reudentora, representa la fecundidad de la tierra y la culminación del conocimiento, que al encontrarse con Sinclair le dice:..."siempre es dificultoso nacer. El pájaro tiene que padecer lo suyo para salir del huevo" Sintió por fin, que se fundían en él, el mundo exterior y el interior en armonía.

Se representa aquí el matrimonio alquímico, la coniunctio, la unión alquímica de los opuestos, logro de la individuación.

Dice Jung, que a partir de la introspección y del conocimiento de sí mismo, se crea una conciencia más allá del carácter personal. Una función de relación, vinculada a lo objetivo que pone al individuo en una incondicionalidad, obligatoria e indisoluble con el mundo. Aquí, entonces podrá suceder que el inconsciente transmita conocimientos, como símbolos, que sean universales y válidos para todos los hombres. Inconsciente colectivo como alma común de la humanidad.

La individuación siempre es un proceso, que se traduce en nuevos niveles de integración, producto del encuentro del ego consciente con el Sí mismo. Este diálogo permanente le permite al ego no identificarse con el Sí mismo, pero que a su vez la experiencia interna y externa sea vivenciada

como una realidad unitaria. Esto es la sabiduría.



Nacimiento del hombre nuevo (Demian).
Salvador Dalí

En este momento, en la novela se declara la guerra y deben ir a ella, Demian y Sinclair. Guerra que podría representar el cambio, la destrucción de antiguas creencias para abrirse a nuevas maneras de vivir. "Los sentimientos primordiales, incluso los más violentos, no van contra el enemigo; su obra sangrienta es una irradiación de lo interno, del alma disociada y dividida que quería enfurecer y matar para nacer de nuevo"

Sinclair es herido y es llevado al hospital donde se encuentra con Demian en la camilla del lado, también herido. "Sinclair, óyeme bien. He de partir. Quizás alguna vez vuelvas a necesitarme contra Kromer o contra otro cualquiera. Cuando entonces me llames, no vendré ya toscamente a caballo o en tren. Tendrás que escucharme en ti mismo y entonces advertirás que yo estoy dentro de ti, ¿comprendes?. Otra cosa aún. Eva me dijo que, si alguna vez te iba mal, te diera el beso que ella me dio al partir... cierra los ojos, Sinclair, obediente, cerré los ojos y sentí un leve beso en los labios, sobre los cuales tenía siempre un poco de sangre que no

quería disminuir, luego me dormí. Por la mañana me despertaron... me volví rápidamente al colchón vecino... sobre el yacía un desconocido que jamás había visto"

"La cura me ha hecho daño, todo lo que después me ha sucedido me ha hecho daño. Pero alguna vez encuentro la llave y descendo a mí mismo, allí en donde en un oscuro espejo dormitan las imágenes del destino, me basta inclinarme sobre su negra superficie, para ver en él mi propia imagen, semejante en todo a él, mi amigo, mi guía".

El proceso continúa, tan sólo se ha alcanzado el fin para volver a empezar. Esta vez, Sinclair conociendo que debe escuchar dentro de sí, pues Demian le ha dicho que al hacerlo, advertirá que su presencia ya no está afuera sino dentro de él mismo. El sufrimiento no ha cesado, pero esta vez el camino no es en soledad, le acompaña a él su Sí mismo.

CONCLUSIONES

En esta novela aparece el proceso de individuación a través de las distintas

etapas evolutivas de la vida de un joven llamado Emil Sinclair. Hermann Hesse toma los conceptos analíticos y los desarrolla en esta novela que podría pensarse como autobiográfica.

La dualidad es uno de los temas básicos de Hesse, aquí representado en la cuestión moral de la época, en donde se vivía en forma paralela los dos mundos, el luminoso y el oscuro, ejemplificados en los modales burgueses de la familia de Sinclair y las dudas intelectuales que cuestionan esas verdades representadas por las aseveraciones de Demian. El logro final de la integración de las polaridades, constituye el proceso de formación y maduración personal: individuación.

El vivir sabiamente es reestablecer un contacto significativo con las capas primitivas de psique, que ve la vida como un todo orgánico. El hombre moderno necesita incorporar categorías primitivas al mundo interno, sin negar las categorías conscientes. "La actitud primitiva en nuestra relación con el mundo externo es sinónimo de superstición, pero el ser primitivo con relación al mundo interno de la psique es sinónimo de sabiduría".

Esta sabiduría se expresaba en Jung en su concepción de Dios, "Dios es el nombre con el cual designo todo lo que se atraviesa en el camino de mi obstinación de forma violenta y atrevida, todo lo que obstaculiza mis opiniones, planes e intenciones subjetivas y cambia el curso de mi vida, para bien o para mal".

Volver a recuperar esa visión primitiva, donde todas las experiencias, aunque aparentemente arbitrarias, están plenas de sentido, porque para el hombre ligado al Sí mismo, todas las vicisitudes de la vida externa o interna tienen un significado y constituyen la expresión de patrones arquetípicos.

El desarrollo psicológico, en todas las etapas de la vida, es un proceso de comprensión y redención, que consiste en la percepción consciente del Sí mismo que está oculto, escondido en la identificación con el ego. La tarea del hombre sería recuperar las representaciones arquetípicas como trabajo personal, con la esperanza de liberar y traer a la conciencia su propia naturaleza separándola del ego que nos da una falsa identidad.

BIBLIOGRAFÍA

Hesse, H. (2002) "Demian" Santiago, Chile. Editorial Centro Gráfico Limitada.

Jung, C.G. (2002) "Recuerdos, sueños, pensamientos" Buenos Aires. Grupo Editorial Planeta S.A.I.C. / Seix Barral.

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL EN EL HOMBRE

Dr. Sergio Zamora
Psiquiatra CSM

“La ausencia de deseo sexual es un poco morir, es la ausencia de poder encontrarse con otro, la ausencia de poder procrear, de poder compartir, es la ausencia de encontrar el amor”

Christian Thomas

El ser humano, como un animal que es, dispone de una sexualidad que le permite la reproducción y la supervivencia como especie. Pero la evolución le ha dado la capacidad de vivenciar el placer ajeno a lo meramente reproductivo, como la posibilidad de mantener una relación estable con una pareja única y exclusiva, deseada y elegida en libertad. El amor, un sentimiento netamente humano, facilita dicha elección.

La naturaleza humana dispone de un sustrato biológico que explica y facilita el deseo y el encuentro con el otro deseado. Un rol muy importante lo tienen los andrógenos, tanto en hombres como en mujeres, que facilitan la emergencia del deseo sexual. La testosterona activa las estructuras límbicas e hipotálamo activando el deseo sexual.

El deseo es la puerta de entrada para el encuentro y la intimidad con el otro, y si todo fluye naturalmente, su sexualidad se expresará en plenitud, lográndose una buena excitación ante las caricias y luego un orgasmo pleno y satisfactorio.

Esquema del ciclo de Respuesta Sexual Humana



Pero cada vez más observamos en la consulta médica psiquiátrica hombres de edad media y mayores, que padecen de trastornos en su deseo sexual, ya sea que ha disminuido o está ausente, lo que motiva muchas veces la consulta especializada ya por si mismos o presionado por sus parejas.

Un hombre carente de deseo sexual no podrá excitarse ni mucho menos lograr una respuesta sexual satisfactoria, lo que inevitablemente afectará la dinámica sexual y la intimidad de la pareja.

Este hombre que se encuentra inserto y es parte de una sociedad de consumo, que se siente presionado y amenazado constantemente por su bienestar biopsicosocial, y que se le exige el máximo rendimiento intelectual o físico en desmedro de su status y éxito, se ve consumido a si mismo, desgastado después de algún tiempo, con pérdida de su sensualidad y hedonismo.

Habita una sociedad que en su apariencia desborda de erotismo y hedonismo, que usa y abusa de la seducción femenina para vender y consumir sus productos de mercado, que incentiva el deseo efímero y siempre renovado. Una sociedad insaciable que ha descuidado el espacio íntimo y el tiempo de la calma y las caricias.

Por dentro y en cada hogar el hombre frustrado, indignado y agotado, apenas tiene momentos para conocer sus deudas y enterarse que cada día hay

más inseguridad y violencia. No hay deseo. Un vacío apenas sostiene sus sueños. Debe proveer, es responsable de la educación de sus hijos, debe hacer horas extras, debe estudiar de lo contrario puede quedar desplazado por otro. La sexualidad queda relegada, olvidada, descuidada.

El deseo sexual hipoactivo (también conocido como deseo sexual inhibido) es una entidad clínica reconocida por la American Psychiatric Association, que la define de la siguiente manera:

Trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSM-IV)

A. Deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales o deseos de actividad sexual. Como base para estimar esta inhibición el clínico tiene en cuenta la edad, el sexo y el contenido de la vida de la persona.

B. El trastorno produce una marcada ansiedad o dificultad interpersonal.

C. No es atribuible o síntoma de algún trastorno del Eje 1, o producida por alguna enfermedad o por el uso de medicamentos o drogas.

Nos encontramos ante una inhibición persistente de la libido que bloquea la apetencia sexual y que se manifiesta en un desinterés por iniciar o por responder a la estimulación erótica, a pesar de que la persona no tiene problemas biológicos para responder sexualmente. Es una persona que carece de fantasías sexuales, de sueños eróticos y de conductas autoestimulatorias (masturbación).

En la vida de pareja disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales, e incluso, desaparecen completamente, buscando cualquier pretexto para rehuirla.

Esta falta de libido puede ser de origen primario, es decir, nunca ha tenido apetito o deseo sexual por otro u otra persona. Así sabemos por ejemplo que existen algunos pocos seres humanos incapacitados del deseo y placer sexual. Una persona con una personalidad esquizoide o con un enfermedad de Asperger, por su biología solitaria y distante de los sentimientos y sensualidad del otro, difícilmente logran encender el deseo y la pasión.

También algunos que por situaciones de su historia presentan conflictos a nivel inconsciente que les lleva a rehusar o temer la vida sexual, como algunas estructuras neuróticas obsesivas. Casi siempre el miedo o el enojo a nivel no consciente lo que hace indeseable el deseo.

En muchos se encuentra un miedo inconsciente a la intimidad con un otro, con experiencias infantiles muy decepcionantes y negativas (por ejemplo un padre descalificador o lejano, una madre fría, indiferente y negadora de lo masculino). Esto nos lleva a ser espectadores más que participantes activos y motivados. Les resulta más fácil y menos angustiante la masturbación que la intimidad.



Algunos tienen miedo al placer o al dejarse llevar o perder el control de si mismos, ya por culpas o miedos, buscando todos los pretextos conscientes o inconscientes para rehuir el acto sexual. Pensamientos o imágenes neutras, buscan el conflicto, se fijan en lo negativo o defectuoso del otro.

Otros que por traumas de la infancia o por una educación restrictiva o negadora y represiva de la sexualidad, no ha desarrollado una sexualidad espontánea, libre y gozadora. Al contrario, la vivencian con miedo, repugnancia.

Muchas veces un deseo sexual normal y satisfactorio se ve afectado, y por ende, disminuido o ausente, por muchas circunstancias secundarias o reactivas, siendo las más frecuentes la decepción, la traición, la rutina, el tedio, la enfermedad, los conflictos y el estrés.

También afectan sus temores ante un mal desempeño más aún si ha tenido experiencias frustradas previamente, experiencias sexuales desagradables (rapidez, brusquedad), el rechazo de alguna mujer deseada o la insatisfacción de su pareja como el temor a ser comparados con parejas sexuales anteriores.

Algunos presentan una inhibición de su deseo ante una mujer pero no ante otra. Por ejemplo, su esposa ya no le estimula por diversas razones (descuido personal, desavenencias de carácter, pérdida de la pasión, etc.), no así una mujer más joven y vital (buscando la novedad, la pasión perdida, la aventura, etc.).

Indudablemente el estrés es un motivo frecuente y constante que compromete el deseo sexual de nuestro hombre moderno. Problemas laborales, económicos, familiares (exceso de presiones, acoso psicológico, amenazas de despido, etc.). Hoy por hoy interesa más el consumo y la propiedad de bienes que la intimidad y la ternura. Interesa más el conocimiento cada vez más exigente y con ello los logros profesionales y económicos que el espacio de la contemplación, la sensualidad y el gozo de los cuerpos amados.

Diego es un hombre de 32 años de edad, casado con una hija de tres años, que consulta luego de varias insistencias de su esposa quién reclama su falta de deseo sexual persistente durante el último año. No tienen relaciones sexuales hace tres meses. El aduce que está muy cansado, trabaja incluso los fines de semana. Ha dejado de frecuentar a sus amistades, como también ir al gimnasio. Viviana, una mujer atractiva de treinta años está muy irritable y al límite de su paciencia, dice “tal vez ya no me ama o no le soy deseable”.

Diego reconoce el problema y acepta realizarse algunos exá-

menes clínicos como también la posibilidad de darse espacio para la pareja y la recreación. Los exámenes muestran niveles de testosterona biodisponible en niveles bajos para su edad, razón por la cual comienza una terapia de suplemento con testosterona, además de una terapia de pareja.

Al mes Diego manifiesta que se siente más aliviado, que ya no trabaja en exceso, que ha recuperado su deseo sexual y su ánimo, que la terapia va bien.

Las inevitables crisis de la pareja afectan la vida sexual, principalmente el deseo. Cuando se tiene rabia o enojo con la pareja por una discusión, un desacuerdo, una decepción o una traición, sin lugar a dudas que no querrá ser acariciada ni mucho menos un momento de intimidad y gozo.

Otros asumen una actitud pasivo agresiva, una manera indirecta de expresar la rabia o una manera de ejercer el poder del supuestamente débil.

La mujer está y ha cambiado, ha evolucionado y con ello ha logrado espacios antes negado o velado para ellas. La mujer hoy trabaja y ayuda a la economía del hogar. Pero esto que parece bueno se transforma en problema, cuando opta más por sus logros personales o asume un rol más activo y con poder y se transforma en un ser "crítico y mandón" en la relación. El hombre se siente amenazado y muchas veces disminuido en su autoimagen, y es su miedo y su rabia la que inhibe su deseo, como una manera de poner distancia.

Las mujeres o parejas de un hombre con una sexualidad inhibida, se angustian o desesperan ante la baja o nula frecuencia de relaciones sexuales, y lo primero que siente o piensa es que ya no es deseable o atractiva, o que tal vez desea a otra mujer más joven o más bonita, o en su fantasía también aparece la posibilidad de que tenga una orientación homosexual.

La anorexia Sexual

Es importante diferenciar el deseo hipoactivo de la anorexia sexual. Este último, hombre o mujer, rechaza toda manifestación sexual, tiene terror del placer sexual. Según Patrick Carnes sus características principales son:

- Terror al placer sexual.
- Miedo morboso y persistente al contacto sexual.
- Obsesión y extremada vigilancia con respecto a los asuntos sexuales.
- Necesidad de evitar cualquier cosa relacionada con el sexo.
- Preocupación por la actividad sexual de los demás.
- Deformación de la apariencia corporal.
- Dudas obsesivas sobre la propia adecuación sexual.
- Actitudes rígidas y enjuiciadoras sobre conducta sexual.
- Temor excesivo por enfermedades de transmisión sexual.
- Preocupación o miedo obsesivo por las intenciones sexuales de los demás.

- Vergüenza y aborrecimiento por las experiencias sexuales propias.
- Necesidad de evitar la intimidad a causa del miedo sexual
- Conducta autodestructiva para limitar, detener o evitar el sexo.

En ellos son frecuentes las experiencias de abuso sexual en la niñez, lo que explica su temor hacia cualquier manifestación de la sexualidad.

El proceso de recuperación del anoréxico sexual suele ser largo y doloroso, pues la persona necesita dejar de rechazarse a sí misma, comenzar a aceptar su cuerpo, e integrarse poco a poco como un ser sexual, mejorando así el concepto de sí mismo.

¿Por qué consulta el hombre que presenta un problema de deseo sexual?

Generalmente lo hace presionado por su pareja ya que ella está cansada o enrabada por su pasividad y desgano, o también porque sospecha de alguna infidelidad, e incluso, de una oculta homosexualidad. Muchos de ellos poco motivados.

Algunos son indiferentes a la falta de apetito sexual, mas aún si no son presionados por sus parejas. Pueden pasar meses, incluso años, sin vida sexual, y no pensar jamás en pedir ayuda.

Algunos pocos hombres acuden por si solos preocupados y con un temor a la pérdida de su virilidad.

BAGOMIGRAL

NARATRIPTAN

...El Golpe Perfecto
En el Tratamiento de la Migraña

EXCLUSIVO CODIGO BRAILLE



Bagó

DIAPRESAN LP

TRAZODONA

EXCLUSIVO CODIGO BRAILLE

La dosis justa para el equilibrio perfecto

Tecnología de Granulación con Recubrimiento Acrílico



30 COMPRIMIDOS FRACCIONABLES

Bagó

¿Cómo evita el acto sexual?

Ya que el sexo se ha desplazado a otros intereses muchos hombres como una manera de evitarlo llevan trabajo para sus casas, beben en exceso, no se preocupan de su figura ni higiene corporal, ven TV hasta que se duerme su mujer, buscan temas conflictivos antes de acostarse lo que les distancia, etc.

¿Cómo reacciona su pareja?

Dependiendo de cada mujer, de la relación y del contexto, se pueden observar varias reacciones. Desde la indiferencia absoluta hasta la desesperación.

Las que si les interesa la vida sexual, y cuentan con una historia previa de sexo satisfactorio, la baja libido de su hombre les produce inquietud y cuestionamientos a si mismas: me rechaza y no soy deseada, tal vez se siente atraído por otra mujer más joven y hermosa que yo. Esto las lleva a presionar a su pareja, lo que agrava la situación, hay mas distancia, mas rabia, menos deseo.

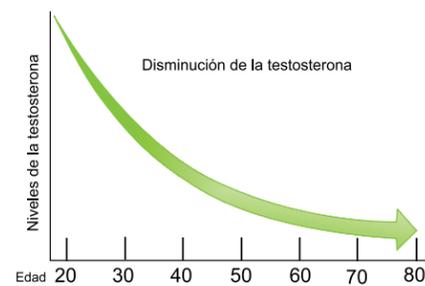
Esteban tiene 52 años de edad, gerente de una empresa, consulta por crisis de pánico. A la entrevista manifiesta ser un trabajador, que desde varios meses ya no duerme bien, anda irritable, tenso, con un estado de ansiedad e inseguridad permanente, con una sensación de cansancio físico y mental, con pérdida de interés por muchas cosas que antes le producían agrado (cine, salir a comer, andar en bicicleta, etc.).

Le acompaña su esposa quien dice "además doctor desde hace no se cuanto tiempo que no pasa nada en lo sexual". El dice amarla, confiesa no tener otra mujer ni masturbarse, se siente muy presionado por su mujer quien duda de su hombría y fidelidad.

Se le indica bupropion y un ansiolítico en dosis baja. Se le solicitan exámenes que muestran niveles de testosterona libre bajo lo normal para lo cual comienza con suplemento hormonal con testosterona. Se deriva a terapia individual.

Síndrome de Deficiencia de Testosterona (Andropausia)

Este síndrome está asociado al envejecimiento en la cual existe una disminución progresiva de la caída de los niveles de testosterona, asociado a una menor pulsatilidad hipotalámica y una respuesta testicular disminuida.



Se observa en estos hombres una disminución de la densidad mineral ósea como de la masa y fuerza muscular, un aumento de la obesidad abdominal, un estado depresivo (disminución de la motivación e iniciativa, irritabilidad, anhedonia) y un deterioro de algunas funciones cognitivas.

Síntomas y signos de deficiencia de testosterona asociado al envejecimiento

- Síntomas neurológicos y vasomotores: bochornos, episodios de sudoración, insomnio, nerviosismo.

- Funciones cognitivas y alteraciones del humor: letargo e irritabilidad, desmotivación, baja autoestima, déficit de concentración y memoria reciente.

- Masculinidad y virilidad: disminución de energía física y fuerza y masa muscular, pérdida de vello pubiano, obesidad abdominal.

- Sexualidad: disminución del deseo sexual y de actividad sexual, disminución de la erección, baja calidad del orgasmo y disminución del eyaculado.

Pero lo que nos interesa ahora es resaltar el compromiso en la sexualidad en estos hombres mayores. Su deseo sexual disminuye bastante como también sus erecciones matutinas y de potencia eréctil. Estas disfunciones se pueden presentar precozmente, a edades de menores de 50 años, y de manera aislada.

Se utiliza un cuestionario estandarizado (ADAM) para orientar al diagnóstico, a saber:

- 1.- ¿Disminución de la libido?
- 2.- ¿Disminución de la energía?
- 3.- ¿Disminución de la fuerza muscular?
- 4.- ¿Disminución de la talla?

5.- ¿Menos sensación de bienestar?

6.- ¿Depresión y ansiedad?

7.- ¿Calidad de las erecciones?

8.- ¿Capacidad deportiva?

9.- ¿Se queda dormido después de las comidas?

10.- ¿Rendimiento laboral?

Un cuestionario es positivo si las respuestas son afirmativas en las preguntas 1 y 7, o a tres preguntas cualesquiera.

La disminución de la libido se ve acentuada en aquellos hombres que presentan además una obesidad abdominal, ya que facilita la metabolización de testosterona por las "aromatasa" a estradiol.

Ante esta situación clínica, se sugiere el uso de testosterona, la cual puede ser administrada por vía intramuscular, siendo el más usado el undecanoato de testosterona de acción larga (Nebido) que se administra cada 10 a 12 semanas, y también es muy utilizado el gel por vía transdérmica que se administra diariamente (Actiser-t).

Todo paciente que comienza terapia con testosterona debe monitorizarse con tacto rectal y PSA basales, hematócrito, y perfil lipídico como el riesgo de apnea de sueño. Los especialistas urólogos sugieren que esto debe repetirse a los 3, 6 y 12 meses de iniciada la terapia.

Su uso está contraindicado en pacientes con cáncer de próstata y de mama, policitemia severa y en hiperplasia prostática de moderada a severa.



Estrés y deseo sexual

Un estado de estrés permanente e intenso afecta la biología del organismo con una activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA), cuyos niveles elevados de corticoides afectan la libido.

Estamos insertos en una sociedad que nos presiona y nos demanda un compromiso con el trabajo apresurado y el consumismo insaciable, en desmedro de los espacios para la comunicación cara a cara, piel a piel. Cada vez es más esquivada la intimidad y el compromiso.

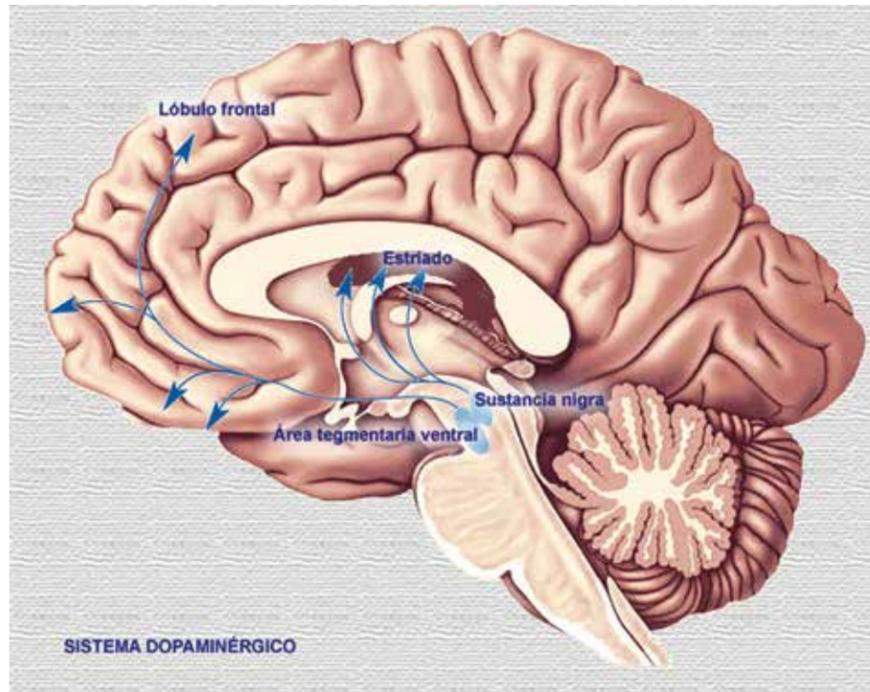
La ansiedad inevitable producida por el estrés, inhibe el deseo, la excitación y el acto sexual. La escasa actividad sexual, a su vez, genera más estrés. La frustración y la rabia se enmascaran en más trabajo, en dolencias físicas y en consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol).

Depresión y deseo sexual

Los estados depresivos y la depresión clínica comprometen enormemente la libido. Un hombre depresivo ha perdido la capacidad de desear o disfrutar de los otros o de situaciones que antes le producían placer.

Se ha observado que en pacientes depresivos los niveles de testosterona están disminuidos, y que aquellos que presentan niveles bajos de testosterona tienen 4 veces más riesgo de presentar una depresión. En un estudio realizado con 278 hombres mayores de 45 años y seguidos por 2 años, los que tienen testosterona baja un 20% desarrolla una depresión v/s 7% de los que tiene testosterona normal.

En estos pacientes, además del uso de antidepresivos, se hace necesaria la potenciación con testosterona, lo



pueden causar hiperprolactinemia y disminución de la libido. La sedación que se produce por acción directa sobre el SNC también puede contribuir a la disminución de la libido.

La disfunción sexual producida por los antipsicóticos puede afectar hasta al 25% de los pacientes y al 60% en el caso de la tioridazina (puede disminuir los niveles plasmáticos de testosterona y LH).

Antidepresivos: Prácticamente todos los antidepresivos se han relacionado con la producción de alteraciones sexuales que pueden afectar a cualquiera de las fases de la función sexual. Parece ser que la función serotoninérgica está directamente implicada en la producción de estos trastornos. Por esta razón, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina estarían en primer lugar en cuanto a la incidencia y severidad de alteración de la función sexual.

Niveles elevados de serotonina a nivel central se asocian a disminución de la libido, retraso en el orgasmo y en la eyaculación y anorgasmia.

Ansiolíticos: Es probable que todos los fármacos de este grupo puedan producir alteraciones sexuales pero sólo existen notificaciones para alprazolam, ketazolam, clordiazepóxido, clonazepam y diazepam. Se han asociado disminución de la libido, disfunción eréctil y anorgasmia.

3. Analgésicos

Los analgésicos opiáceos están relacionados con disminución de la libido, disfunción eréctil y alteraciones de la eyaculación, la mayoría de las veces cuando se produce un abuso de forma crónica. Gran parte de las notifica-

ciones son con heroína y metadona, pero se cree que estos efectos son comunes a todos los opiáceos que estimulan la liberación de prolactina con disminución secundaria de LH y de los niveles de testosterona, que junto a la depresión del SNC, serían las responsables de las alteraciones de la esfera sexual, por otra parte reversibles al retirar la medicación.

4. Hormonas

Los esteroides anabolizantes, corticosteroides y estrógenos, producen una supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas por la disminución de la liberación de LH y de los niveles de testosterona circulante, lo que produce disminución de la libido e impotencia.

5. Antiulcerosos

Los antihistamínicos H2, especialmente la cimetidina, pueden producir disminución de la libido, impotencia, ginecomastia y mastodinia. La disminución de los niveles de testosterona circulante podría explicar estos efectos adversos.

Como enfrentar el deseo sexual inhibido

Es importante una buena entrevista inicial, indagando sobre su historia y condición sexual, y posteriormente, saber si la falta de deseo sexual es de origen primario o secundario, global o situacional. Antes, se debe descartar que alguna enfermedad y/o uso de fármacos puedan estar afectando la libido.

Luego se debe hacer un análisis conductual.

- ¿Siente tensión o ansiedad antes del acto sexual?

- ¿Qué pasa por su mente antes del acto sexual?

- ¿Prefiere la masturbación sobre el acto sexual?

- ¿Tiene fantasías sexuales?

- ¿Siente atracción o rechazo hacia su pareja?

- ¿Usa mecanismos para evitar el acto sexual?

También se hace un análisis de la dinámica intrapsíquica y del sistema de pareja.

- Indagar sobre grado de compromiso.

- Si hay temor a la intimidad y obtención de placer.

- Si hay temor al acto sexual.

- Conflictos anteriores no resueltos.

- Frustraciones, rabias, pugnas de poder.

En general, estos pacientes muestran conflictos significativos en cuanto al grado de compromiso y entrega hacia su pareja y albergan temores intensos a la intimidad y a la obtención de placer. "Se trata de problemas edípicos no resueltos, soterrados en el inconsciente, asociado a miedos no menos inconscientes de represalias por parte del progenitor del mismo sexo y de ambivalencia y/o excesivo apego hacia el sexo opuesto" (Helen Kaplan).

Para lograr una mejoría, estos pacientes deben tener un cierto insight de sus conflictos inconscientes, como de cierta comprensión de por qué no quieren tener contacto sexual.

El pronóstico de estos pacientes es menos favorable que aquellos que sufren disfunciones orgásmicas o de erección. Los tratamientos son más prolongados y con mayores resistencias.



que facilitará su rápida recuperabilidad anímica y sexual.

La anhedonia es un síntoma fundamental en los pacientes depresivos, la presenta más del 70% de ellos. Su explicación tendría que ver con la disminución de los niveles de dopamina a nivel de las estructuras cerebrales de recompensa y el aumento de la serotonina cerebral.

En estos casos se prefiere el uso de antidepresivos dopaminérgicos como el bupropion y el pramipexol, o aquellos que no comprometen la libido como la mirtazapina y trazodona. También se considera el uso de estimulantes dopaminérgicos como pemolina.

Alteraciones de la libido secundaria a fármacos

Es importante considerar que existen algunos fármacos usados en clínica y

en algunas enfermedades que pueden reducir el deseo, a saber:

1. Antihipertensivos:

- Diuréticos (tiazidas y afines producirían una depleción de zinc con una reducción de testosterona), ahorradores de potasio (espironolactona, inhibe los receptores de dihidrotestosterona).

- Betabloqueadores (propranolol, atenolol, nadolol).

- Hipotensores de acción central (metildopa, clonidina).

- Antagonistas de angiotensina II (losartan, vasartan).

2. Psicotrópicos:

Antipsicóticos: Poseen propiedades bloqueantes dopaminérgicas, que

BIBLIOGRAFÍA

La falta de deseo es situacional:

Se debe evaluar las causas inmediatas y las causas psicológicas más profundas. De acuerdo a ello, terapia sexual, psicoterapia individual, terapia de pareja, y/o medicación.

La falta de deseo es global:

Se precisa profundizar en el diagnóstico diferencial, estudio y tratamiento específico: estrés, depresión, andropausia, uso de fármacos, uso de alcohol y drogas. Si se descarta lo anterior, terapia sexual, psicoterapia individual y/o de pareja.

La falta de deseo es cuestionable:

Intento de estimulación con fantasías y/o material erótico.

- 1.- Anorexia Sexual. Patrick Carnes. Javier Vergara Editor. 2001.
- 2.- Evaluación de los Trastornos Sexuales. Helen S. Kaplan. Editorial Grigalbo. 1985.
- 3.-Trastornos del Deseo Sexual. Editorial Grijalbo. 1982.
- 4.- Sexoterapia Integral. J.L.Alvarez-Gayou. Manual Moderno. 1986.
- 5.- Testosterona: su importancia en la clínica psiquiátrica. Dr. Sergio Zamora D. Actualización en Neurociencia y Salud. N 5. 2007.
- 6.- Neurobiología del Placer. Dr. Sergio Zamora D. Actualización en Neurociencia y Salud. N 8. 2008.
- 7.- La Anhedonia como síntoma. Dr. Claudio Fullerton. Actualización en Neurociencia y Salud. N 15. 2011.
- 8.- Testosterone and Depression. Seidman SN, Rabkin J. Am J. Psychiatry. 1999;7:18-33.
- 9.- Tratamiento complementario con gel de testosterona en varones coin depresión resistente a tratamiento: un ensayo aleatorizado controlado con placebo. Harrison G. Pope y col. Am J. Psychiatry (Ed Esp) 2003;6:236-242.
- 10.- Salud Sexual Masculina: Síndrome de Deficiencia de Testosterona y su impacto en la Salud Masculina. Dr. Cristián Huidobro. En Sexualidad: una perspectiva Multidisciplinaria.
- 11.- Disfunciones Sexuales Masculinas: Reflexiones. Dr. Gabriel Dukes. En Sexualidad: Una perspectiva Multidisciplinaria.

Nervix SR

MÁXIMA COMODIDAD, MAYOR ADHERENCIA

PRESENTACIONES 75 Y 150 MG X 30 CÁPSULAS
CON GRÁNULOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

1
TOMA
DIARIA

DE AQUÍ...

...ACÁ
EN EL MENOR TIEMPO



 Bagó

DISFUNCIÓN COGNITIVA Y SOCIAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Dr. Sergio Zamora Delgado
CSM

El trastorno bipolar está asociado a un significativo deterioro en el funcionamiento social, laboral y familiar, incluso en los periodos de estabilidad clínica. Esto se traduce muchas veces en problemas para encontrar y mantener un empleo, realizar actividades de ocio, desenvolverse de manera autónoma o llevar una vida estable de pareja.

Entre el 30 a 60% de los pacientes bipolares no logra una recuperación ad integrum, manteniéndose su funcionamiento sociolaboral mermado, a pesar de que logran una estabilización clínica del estado de ánimo (Golberg y col 2001).

Tohen y col (2000) observa que no existe una concordancia entre la recuperación sindrómica, sintomáticas y funcional. A los 6 meses un 85% había logrado una mejoría sintomática, pero solo un 30% una recuperación funcional, y a los 2 años de seguimiento un 98% presentaba mejoría sintomática y solo un 38% mejoría funcional.

Disfunción Cognitiva

Muchas evidencias clínicas han ido demostrando que el Trastorno Bipolar presenta compromiso cognitivo, tanto en sus episodios agudos depresivos como maníacos, y lo que es más significativo durante los estados de eutimia (Robinson y col 2006).

A diferencia de pacientes esquizofrénicos, los pacientes bipolares no presentan compromiso de su capacidad intelectual global, siendo semejante a controles normales.

Estas disfunciones cognitivas están relacionadas a una peor evolución y funcionamiento psicosocial y laboral. No todos los pacientes bipolares las presentan. Los que si lo hacen tienen ciertas características que predicen su presentación y permanencia.

Los dominios cognitivos más afectados replicados en diferentes estudios son:

Aprendizaje y memoria verbal:

El aprendizaje y la memoria dependen de la habilidad para organizar la información al momento del aprendizaje. En pacientes bipolares se ha encontrado un déficit que persiste, incluso, en periodos prolongados de eutimia (Clark, 2002). Sería un marcador de rasgo del trastorno bipolar. Se propone también como un endofenotipo cognitivo, ya que está presente también en familiares de primer grado (Balanza-Martínez, 2008).

Función ejecutiva:

La función ejecutiva es una función cognitiva superior que implica la toma de decisiones, la iniciación y anticipa-

ción como la planificación, ejecución y flexibilidad ante las diversas contingencias de la vida. Su funcionalidad depende fundamentalmente de la corteza prefrontal.

Dicha disfunción sugiere, por tanto, un compromiso prefrontal. También podría tratarse de un marcador de rasgo de la enfermedad bipolar (Martínez Aran, 2002, Kolar, 2006). Tanto pacientes esquizofrénicos como bipolares, presentan dificultades en la flexibilidad cognitiva, pero éstos últimos demuestran mejor rendimiento en abstracción y formación de conceptos.

Atención:

La capacidad de mantener la atención por largo tiempo sobre estímulos, resistiendo la distracción, se aprecia dificultada en pacientes bipolares.

Su alteración podría aparecer en fases tempranas de la enfermedad, sugiriendo ser un rasgo temprano del trastorno bipolar. Según Martínez-Arán y col. (2004), existen dificultades de atención en más de tres cuartas partes de pacientes, incluso, en periodos de eutimia.

Estas alteraciones cognitivas señaladas no son muy evidentes al inicio de la enfermedad como en la esquizofrenia, pero con la evolución y el tiempo van siendo más evidentes. En la mayoría de los pacientes, estos déficit

cognitivos son de intensidad de leve a moderada.

Un trabajo realizado por Strejilevich y col. en 40 pacientes bipolares tipo I y II, encuentra que un 40% presenta alteraciones cognitivas en uno o dos dominios cognitivos y un 17.5% en más de tres. Encuentra a su vez una asociación significativa entre disfunción cognitiva y mal funcionamiento social.

La disfunción cognitiva persistente conlleva un deterioro del funcionamiento sociolaboral, cronicidad, riesgo de suicidio y falta de adherencia al tratamiento

Estructuras cerebrales implicadas en las alteraciones cognitivas de la bipolaridad

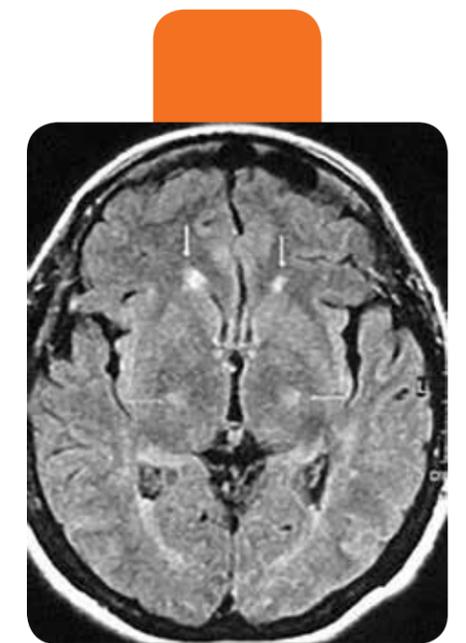
Se encuentran comprometidas todas aquellas estructuras o circuitos cerebrales que tienen participación en la regulación del afecto: corteza prefrontal, complejo hipocampo-amigdalino, tálamo mediodorsal, pallidum ventral y el striatum. Existiría una disfuncionalidad de las vías frontosubcorticales.

Durante la fase de manía existen cambios en el cíngulo anterior y en la vía órbito-frontal izquierda, estructuras encargadas del procesamiento emocional.

En fase depresiva se observa una reducción en metabolismo prefrontal y en la corteza paralímbica anterior, e incremento del estriado ventral, tálamo y amígdala derecha.

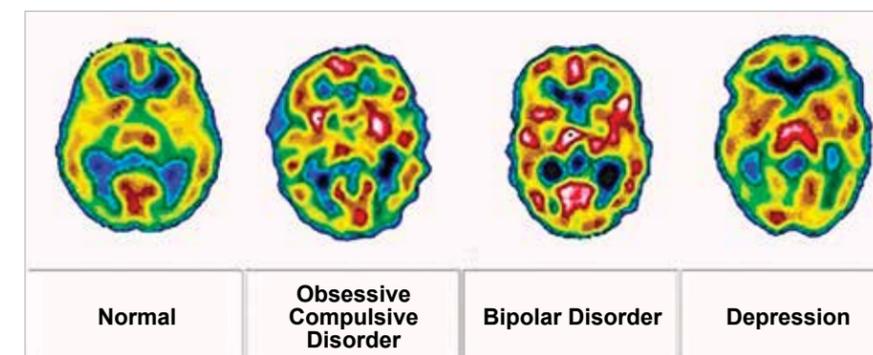
Habría una ineficiencia de la corteza prefrontal para regular la actividad de estructuras subcorticales como el complejo amigdalino-hipocampal, el tálamo, los ganglios basales y sus interconexiones.

Se han notificado anomalías estructurales cerebrales en el trastorno bipolar, que afecta más frecuentemente a los ganglios basales y sustancia blanca. Se ha encontrado hiperintensidades en la sustancia blanca, particularmente en lóbulos frontales, intersección frontoparietal y ganglios basales, que se asocia a compromiso neurocognitivo (enlentecimiento cognitivo) y peor evolución de la enfermedad, que sugiere un "síndrome de desconexión" por pérdida de conexiones subcortico-frontales (Moore y col. 2001).

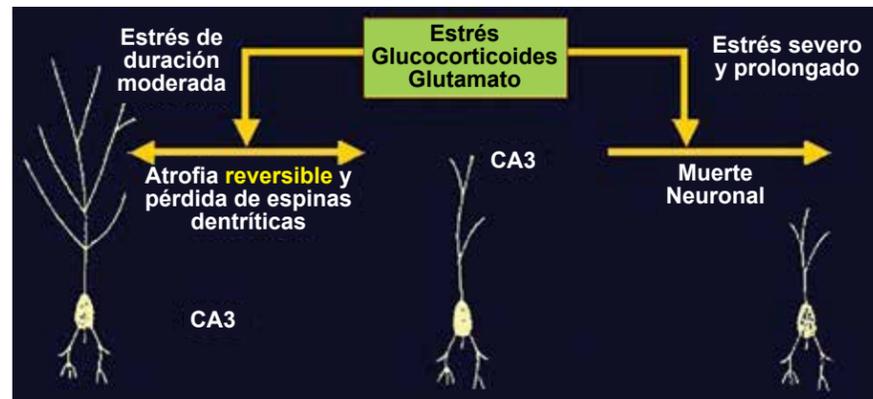


Estas hiperintensidades aparecen con frecuencia en jóvenes bipolares, a diferencia de pacientes depresivos unipolares que se encuentra en pacientes añosos, en depresiones de comienzo tardío o asociadas a factores de riesgo vascular (Bilder, 2001).

Se ha postulado que el aumento de corticoides inducida por el estrés durante un episodio afectivo (por ejemplo, manía), podría generar toxicidad celular a nivel de hipocampo, así como la reducción de receptores de glucocorticoides y una eventual muerte neuronal (Bearden, 2001). La corteza prefrontal puede ser susceptible a la neurotoxicidad ya que posee receptores para glucocorticoides (Rajkowska, 2001).



Activación de un cerebro en paciente bipolar maniaco



Estrés, glucocorticoides y muerte neuronal en hipocampo

Todas estas alteraciones funcionales de las estructuras y circuitos cerebrales implicados explican en parte las disfunciones cognitivas descritas en pacientes bipolares.

Habría pues un proceso neurodegenerativo correlacionado con la presencia de disfunciones cognitivas persistentes, que a su vez determina un curso de la enfermedad más crónico y con múltiples episodios (Vieta, 2012).

Causas de las disfunciones cognitivas

En cuanto a la etiología de las disfunciones cognitivas en el trastorno Bipolar, ésta es multifactorial. Se pueden agrupar en tres categorías, a saber:

1. Factores genéticos:

Hay varios genes implicados. Familiares de primer grado no afectados de TB presentan también disfunciones de diferentes dominios cognitivos (Bora E, 2008).

2. Factores ambientales:

El estrés y traumas infantiles (abuso sexual) pueden afectar la cognición

como la capacidad verbal, memoria visual, fluencia verbal y flexibilidad cognitiva (Savitz, 2008). El abuso de alcohol y drogas facilita aún más el deterioro cognitivo (Sánchez-Moreno, 2009). El uso de psicofármacos también podría facilitar el deterioro cognitivo, aunque no sea una causa muy significativa (Vieta, 2012). Al contrario, por ejemplo, se ha documentado del efecto positivo del litio, lamotrigina, quetiapina, olanzapina y clozapina sobre las funciones cognitivas (Osuji, 2007, Macqueen, 2003).

3. Factores relacionados con el curso de la enfermedad:

El funcionamiento interepisódico, la sintomatología psicótica y la evolución y gravedad del trastorno podrían también contribuir al deterioro cognitivo (Bonnin y col. 2010, Osuji 2005). Existe evidencia de deterioro progresivo del estado cognitivo y funcional en cada episodio recurrente del trastorno bipolar.

- Comienzo temprano de la enfermedad, de inicio en la infancia (Ferrier, 2004, Mercy Bedoya-Tovar 2011).

- Parece existir una correlación entre número de episodios maníacos y más déficit o deterioro cognitivos (Vieta, 2012).

- La historia previa de síntomas psicóticos podría tener un impacto negativo en la evolución del déficit cognitivo.

- El número de episodios maníacos predice un mayor deterioro cognitivo.

- Síntomas subsindrómico depresivos (más frecuentes en bipolares tipo II) favorecen un compromiso cognitivo y, por ende, una peor funcionamiento psicosocial (Vieta, 2012).

- El abuso y/o dependencia de alcohol puede empeorar no sólo el curso de la enfermedad, sino también, el pronóstico neurocognitivo y funcional,

Un paciente que presenta estas disfunciones cognitivas explica en parte el porque muchos de ellos no logran una recuperabilidad funcional, es decir, una autonomía y funcionamiento laboral y social. Estos déficit cognitivos se consideran un predictor de la evolución del trastorno y del funcionamiento psicosocial (Martínez-Aran, 2007).

Déficit en la cognición social

Cada vez hay más estudios que señalan que los pacientes bipolares presentan déficit en la cognición social, es decir, en la capacidad de entender los pensamientos y sentimientos de

los otros, y de responder adaptativamente a las circunstancias.

Teoría de la mente (TOM)

Se refiere a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, intenciones y creencias.

Existe evidencia que en pacientes bipolares en estados maníacos y depresivos, incluso, en estado de eutimia, hay un déficit del procesamiento cognitivo relacionado con la Teoría de la mente. Estas alteraciones no son tan marcadas como en pacientes esquizofrénicos (Ruiz-Murugarren, 2011).

Kerr (2003) encuentra déficits de TOM en pacientes maníacos y depresivos (más acusados en manía), pero no halló alteraciones en pacientes eutímicos. Bora (2005) encuentra una alteración en las creencias falsas de segundo orden en pacientes bipolares eutímicos.

En pacientes eutímicos no se ha definido si dichas alteraciones podrían depender de estados afectivos subsindrómicos o encuadrarse como un rasgo fijo del trastorno bipolar.

Las alteraciones cognitivas descritas en pacientes eutímicos (atención sostenida, memoria verbal y funciones ejecutivas) pueden interferir de forma directa en la evaluación de la teoría de la mente cognitiva.

Varios trabajos clínicos han resaltao un compromiso de la faceta cognitiva de la TOM, y no de la afectiva (Montag, 2010). Un mayor número de episodios maníacos se relacionaría con un aumento del déficit en la TOM cognitiva.

Empatía

Se entiende como un proceso multidimensional con un componente cognitivo (la comprensión de la perspectiva del otro, más dependiente de la corteza prefrontal dorsolateral, equivalente a la TOM) y otro afectivo (respuesta emocional al estado afectivo del otro, dependiente de amígdala y corteza prefrontal ventromedial). Todo ello, junto a los circuitos implicados en la memoria (hipocampo, cíngulo anterior y posterior) formaría una red empática interconectada.

En pacientes bipolares se ha encontrado un déficit en la capacidad de entender la perspectiva del otro (empatía cognitiva) y una alteración en la percepción y regulación emocional (Bozikas, 2007).

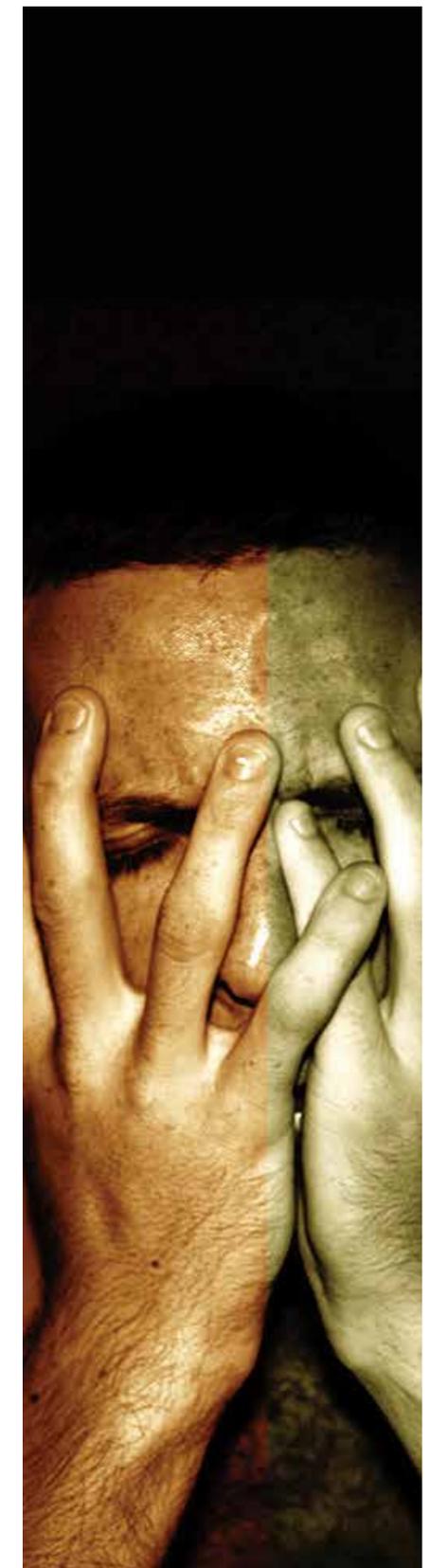
En bipolares eutímicos se ha encontrado un déficit en la empatía cognitiva (congruente con el deterioro hallado en la TOM) relacionada con una menor flexibilidad cognitiva. Se observa un aumento de la empatía afectiva, que sería un aparente factor psicológico positivo del trastorno bipolar. (Shamay-Tsoory, 2009). Esta hipersensibilidad a los estímulos emocionales, se explicaría por una disfunción prefrontal por sobre las estructuras límbicas.

Ningún estudio relaciona la empatía con el número de episodios o características de la enfermedad.

El procesamiento emocional

La habilidad para reconocer las emociones en los rostros es fundamental para una adecuado ajuste psicosocial.

En pacientes bipolares se ha identificado una mayor dificultad para reconocer las emociones de sorpresa o



miedo, tendencia a no reconocer expresiones de tristeza o enfado, incluso, en estado de eutimia. Todo esto sugiere una alteración en el procesamiento emocional (Bozicas 2007, Summers, 2006).

También se ha encontrado déficits en la interpretación global de las emociones en el rostro al compararlos con controles, incluso, en estado de eutimia, lo cual sugiere una alteración en el procesamiento emocional (Bozicas, 2007).

Se ha encontrado una disminución global de la sensibilidad y precisión para identificar emociones en pacientes bipolares deprimidos. Un déficit en la capacidad para reconocer la emoción en el rostro del otro podría ser un factor indicador de mayor gravedad.

Los pacientes maníacos tienden a subestimar las emociones negativas (tristeza, miedo, enfado).

Rehabilitación neurocognitiva y funcional

Considerando las disfunciones cognitivas observadas en pacientes eutímicos o con fluctuaciones subsindrómicas, y que afectan bastante el funcionamiento social o laboral, es que se hace necesario estrategias de rehabilitación junto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y psicoeducativo.

Se ha elaborado una escala de evaluación del deterioro cognitivo y del funcionamiento bastante sencillo, rápido (de 6 a 8 minutos) y de fácil aplicación, la cual ha sido validada con una alta fiabilidad, siendo capaz de detectar diferencias entre pacientes agudos y pacientes en remisión que

se le conoce como **FAST (Functioning Assessment Short Test o Prueba breve de evaluación del funcionamiento)**. Consta de 6 ítems, a saber:

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Autonomía:

- Encargarse de tareas de la casa
- Vivir solo
- Hacer las compras
- Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene)

Funcionamiento laboral

- Realizar trabajo remunerado
- Realizar las tareas tan rápido como sea necesario
- Trabajar en lo que estudia
- Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa
- Alcanzar un rendimiento previsto por la empresa

Funcionamiento cognitivo

- Concentrarse en la lectura, película
- Hacer cálculos mentales
- Resolver adecuadamente un problema
- Recordar el nombre de gente nueva
- Aprender una nueva información

Finanzas

- Manejar el propio dinero
- Hacer compras equilibradas

Relaciones interpersonales

- Mantener una amistad
- Participar en actividades sociales
- Llevarse bien con personas cercanas
- Convivencia familiar
- Relaciones sexuales satisfactorias
- Capaz de defender los propios intereses

Ocio

- Practicar deporte o hacer ejercicio
- Tener alguna afición

Las puntuaciones de cada uno de los ítems, oscila entre 0 y 3. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Puntuación de 0 a 72, las altas indican peor funcionamiento. El punto de corte está en mayor o igual a 11.

Un reciente ensayo aleatorizado y multicéntrico (10 centros en España) muestra la eficacia comparativa de dos intervenciones psicosociales sobre el funcionamiento (rehabilitación funcional y psicoeducación) versus el tratamiento farmacológico habitual en pacientes con trastorno bipolar (Vieta, 2012).

Se reclutan 239 pacientes, cuyas edades fluctuaban entre 18 y 50 años de edad, con un FAST igual o sobre

18. A los 6 meses se aprecia una mejor respuesta funcional en aquellos que siguen una rehabilitación funcional (Functional Remediation).

El equipo de trabajo del Dr Vieta en Barcelona ha sido pionero tanto en las intervenciones psicoeducativas como ahora en éstas de rehabilitación funcional. En este programa se realizan sesiones semanales de 90 minutos

de duración que incluye 3 sesiones de psicoeducación, 2 sesiones para mejorar la atención en situaciones cotidianas, 6 sesiones centradas en las técnicas para manejar los déficits de memoria y 5 dirigidas a las disfunciones ejecutivas (resolución de problemas, manejo del tiempo, planificar y establecer prioridades. Las sesiones restantes se basan en la mejora de la comunicación y de las relaciones in-

terpersonales, la autonomía y el manejo del estrés (Martínez-Aran, 2011).

Un programa de rehabilitación en cognición social debería considerar el procesamiento emocional (reconocimiento de emociones), la TOM, la percepción social, el conocimiento social y el estilo atribucional. No existe a la fecha ningún estudio que avale su eficacia en pacientes bipolares.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Aran, Vieta E: Cognitive function across manic or hypomanic, depressed and euthymic status in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:262-270.

- Martínez Aran A, Vieta E, Colom F, et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disord*. 2004;6:224-232.

- Martínez Aran A, Vieta E, Torrent C, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord* 2007;9:103-113.

- Martínez-Aran A, Penades R, Vieta E, et al. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychother Psychosom*. 2002;71:39-46.

- Martínez-Aran A, Torrent C, Solé B, Bonnin C, Sánchez Moreno J, Vieta E. Functional Remediation for Bipolar Disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011;7:112-116.

- Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE: Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1265-1270.

- Tohen M, Hennen J, Zárata CM: Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000;157:220-228.

- Kerr N, Dunbar RI, Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003; 73:253-259.

- Bora E, Vahip S, Gonul AS, et al. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112:110-116.

- Bora E, Vahip S, Akdeniz F, et al. Executive and verbal working memory dysfunction in first-degree relatives of patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2008.

- Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006;93:105-115.

- Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord* 2010;123:264-269.

- Balanza-Martinez V, Rubio C, Selva-Vera G, et al. Neurocognitive endophenotypes from studies of relatives of bipolar disorder subjects: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2008.

- Kolur US, Reddy YC, John JP, et al. Sustained attention and executive functions in euthymic young people with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;189:453-8.

- Savitz JB, Van Der ML, Stein DJ, et al. Neuropsychological task performance in bipolar spectrum illness: genetic, alcohol abuse, medication and childhood trauma. *Bipolar Disord*. 2008;10: 479-494.

- Bonnin CM, Martinez-Aran, Vieta E et al. Trastorno bipolar, funciones cognitivas y eje hipotalámico-pituitario-tiroideo. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(4).223-228.

- Strejilevich Sergio. Impacto funcional de los Trastornos Bipolares: altibajos históricos frente a un problema clave. *Trastor. Ánimo* 2007; Vol 3, N 1:6-14.

- Osuji Julian, Cullum Munro. Cognición en el trastorno bipolar. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28:427-442.

- Moore P, Brian S, Debra J, Eccleston et al. Cerebral White matter lesions in bipolar affective disorder, relationship to outcome. *Brit J Psychiatry* 2001;178:172-176.

- Bilder R. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective: a critical review by Bearden, Hoffman and Cannon: a commentary. *Bipolar Disorders*. 2001;3:151-153.

- Macqueen G, Young T. Cognitive effects of atypical antipsychotics: focus on bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5(Suppl):53-61.

- Mercy Bedoya-Tovar, David A Pineida, Daniel C Aguirre-Acevedo. Alteraciones de la atención y de la función ejecutiva en niños y adolescentes con trastorno afectivo bipolar. *Acta Neurol Colom Vol 27*. N2, Junio 2011.

- Ferrier IN, Chowdhury R, Thompson JM, et al. Neurocognitive function in unaffected first-degree relatives of patients with bipolar disorder: a preliminary report. *Bipolar Disord*. 2004;6:319-322.

- Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar. *Br J Psychiatry*. 2002;180:313-319.

- Zárate-Garduño L, Sosa-Ortiz A, Palacios-Cruz L. Alteraciones cognitivas en pacientes con trastorno bipolar eutímico. *Arch Neurocién (Mex)*. 2007 Vol 12, N 1:25-36.

- Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Colom F, Scott J, Tabares-Seisdedos R, Sugranyes G, et al. Neurocognitive dysfunctions in euthymic bipolar patients with and without prior history of alcohol use. *J Clin Psychiatry*. 2009;70.1120-7.

- Vieta Eduard. Abordaje actual de la Manía Aguda. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud mental (CIBERSAM). 2012.

- Tirapu-Ustárrroz J y col. ¿Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol*. 2007; 44(8):479-489.

- Bozikas VP, Kosmidis MH, Tonia T, et al. Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:773-775.

- Shamay-Tsoory S, Harari H, Szepsenwol O, et al. Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21:59-67.

- Summers M, Papadopoulou K, Bruno S, et al. Bipolar I and bipolar II disorder: cognition and emotion processing. *Psychol Med* 2006;36:1799-809.

- Rajkowska G, Halaris A, Selemon LD. Reductions in neuronal and glial density characterize the dorsolateral prefrontal cortex in bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2001;49:715-52.

- Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TI. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder a critical review. *Bipolar Disord* 2001;3(3):106-50.

Movigil®

MODAFILINO

Días de movimiento y vigilia



PRESENCIA MUNDIAL

Laboratorios Bagó S.A.



México
Centroamérica
República Dominicana
Costa Rica
Cuba
Colombia
Ecuador
Brasil
Argentina

Bolivia
Perú
Paraguay
Uruguay
Chile
Rusia
Sri Lanka
Myanmar
Pakistán

Ucrania
Georgia
Azerbaijón
Senegal
Costa de Marfil
Kenia
Sudáfrica
Sudán
Benin

Congo
Camerún
China
Tailandia
Filipinas
Yemen
Australia
Nueva Zelanda

